FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N° 164

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Pierre MONDOLONI
né le 8 Juin 1929 à Meknès (Maroc)
Ancien externe des Hôpitaux d'Alger
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Présentée et soutenue publiquement le :

INTRODUCTION A LA PSYCHOPATHOLOGIE DE PIERRE JANET.

Président : Mr. Jean DELAY, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Pierre MONDOLONI
né le 8 Juin 1929 à Meknès (Maroc)
Ancien externe des Hôpitaux d'Alger
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Présentée et soutenue publiquement le :

INTRODUCTION A LA PSYCHOPATHOLOGIE DE PIERRE JANET.

Président : Mr. Jean DELAY, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

1-10-1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. . . . . . **Jean VERNE.**

I. — PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		DELMAS (A.)
Anatomie pathologique		DELARUE (J.)
Anesthésiologie		BAUMANN (J.)
Biochimie médicale		JAYLE (M. F.)
» »	(Profr à titre personnel)	ETTORI (J.)
» »	(Profr à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale		FAUVERT (R.)
» »	(Profr à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	SICARD (A.)
	Cochin	N.
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
	Tenon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		N.
Cliniques médicales	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)		BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)		N.
Embryologie		GIROUD (A.)
»	(Profr à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)		SÈZE (S. de)
Histologie		VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» » (Profr à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Profr à titre personnel)	BRUMPT (L. C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» » (Profr à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Profr à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Profr à titre personnel)	BARGETON (D.)
» (» »)	PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Profr à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)

	MM.
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYQUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. KELLERSHOHN
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.), m.c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) ALAILINE (A), pr. s. ch. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)

Secrétaires . . . . . Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)

Conservateur en Chef . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

Au Professeur JEAN DELAY

qui a bien voulu accepter de présider
la soutenance de cette thèse.

Avec respect.

Au Docteur TEULIE (in memoriam)

qui fut pour moi le plus tolérant des Maîtres

En témoignage d'affection
respectueuse.

Au Docteur DUBLINEAU qui m'accueillit avec bienveillance dans son service de la Seine, au début de mes études en Psychiatrie et dont l'enseignement m'a tôt détourné des tentations de simplisme naïf.

En Hommage respectueux.

A mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux d'Alger.

Au Professeur DAVID

qui eut la bienveillance de m'accueillir dans son service de neuro-chirurgie des Hôpitaux de Paris.

Respecteueux hommage.

Au Docteur S. FOLLIN

qui me fit découvrir que le malade mental nous propose non une perception objective de lui-même mais une relation.

Il a suscité la démarche de cette thèse

En témoignage de reconnaissance et de respect.

Au Docteur G. DAUMEZON

qui m'a montré par l'exemple le plus quotidien
que la psychiatrie exige à la fois précision
rigoureuse de la pensée et qualités du coeur.

En témoignage de reconnaissance
et de respect.

Au Docteur Henri EY

dont nous avons suivi l'enseignement à Sainte-Anne

En témoignage d'admiration
respectueuse.

I N T R O D U C T I O N

Pierre JANET (1859 - 1947) entra à l'Ecole Normale Supérieure en 1879. Il en sortit agrégé de philosophie.

Professeur en province, il commence au Havre ses études sur l'Automatisme Psychologique avant même d'entreprendre sa formation médicale.

C'est avec CHARCOT, à la Salpêtrière que sa doctrine va se nourrir de données cliniques abondantes d'où sortiront les travaux sur l'hystérie. Après CHARCOT et contre la marée des thèses babinskiennes, il maintiendra sa conception de l'Hystérie "maladie mentale".

Parallèlement à ses activités de clinicien, il mène une carrière universitaire brillante qui le fait accéder à une Chaire au Collège de France où il succède à RIBOT en 1902.

Entre temps s'est élaborée une véritable doctrine qui s'illustre dans ses nombreux ouvrages et articles ainsi que dans ses cours au Collège de France.

Cette oeuvre monumentale qui pour la première fois introduit de façon consubstantielle la pathologie mentale dans la psychologie, nous nous proposons d'en exposer les données théoriques pour servir d'approche et d'introduction à sa connaissance plus approfondie.

Nous ne méconnaissons pas ce faisant, l'appauvrissement inévitable qu'entraîne une telle démarche. Mais il a semblé utile de souligner que l'oeuvre de Pierre JANET cachait sous son apparente profusion une doctrine stricte et cohérente.

I - BASES THEORIQUES

I - BASES THEORIQUES

A - POSTULATS

Envisagée non pas sur un mode atomistique, mais d'un point de vue synthétique, la Psychologie dynamique peut se réduire à trois aspects complémentaires.

I - L'antisubjectivisme et le concept de "Conduite"

C'est lui qui fonde la démarche dominante de Janet : définir la psychologie en partant de la situation la plus biologique (l'aspect social compris) de l'homme et non dans l'analyse de ses créations les plus abstraites. Il oppose ainsi la psychologie Janetienne, psychologie du comportement, au courant intellectualiste cartésien d'une façon délibérée et radicale. C'est l'objet même de la science psychologique qui est changé. Les démarches, apparemment les plus abstraites de la pensée, sont ainsi ramenées par progression au dénominateur commun de concept de conduite.

Ainsi se trouve "objectivé" le fait psychologique. Tout est conduite, et conduite "en situation". L'action sur le réel fonde toute activité, qu'elle soit visiblement matérielle ou prétenduement subjective. Les sentiments ne sont qu'un volant de l'action. Tout est lié et expliqué par l'ordre de l'agir.

C'est à une sorte de déniaisement, à un rappel sans concession à la condition vitale de l'espèce humaine que nous sommes conviés. Le béhaviourisme se retrouve tout entier dans le Janétisme et la conscience elle-même n'y est conçue que comme conduite. L'objet psychologique est donc atteint en son centre, nié dans son caractère enfoui, arraché aux limites du cogito. Vulgarisé, il perd son caractère ineffable.

Le concept de conduite permet donc d'appréhender la totalité de l'homme grâce à cette conversion à la même instance. Un langage cohérent commun à tous les faits psychologiques devient possible. Deux citations de Janet permettront de mesurer avec quelle rigueur sont énoncés les points fondamentaux de sa doctrine (De l'Angoisse à l'Extase).

1 - Toutes nos actions modifient à chaque instant le monde qui nous entoure, d'une façon imperceptible. Le monde extérieur nous gène de toute manière ou nous aide en nous procurant des aliments ou des satisfactions. Le but de cette action est de transformer le monde extérieur en supprimant ce qui est génant, en augmentant ce qui est avantageux.

2 - Il faut parler du phénomène de conscience comme d'une conduite particulière, comme d'une complication de l'acte qui se surajoute aux actions élémentaires..... Dans cette description des conduites, il faut se préoccuper des conduites supérieures, des croyances, des réflexions, des raisonnements, des expériences.

Ces faits ont été exprimés d'ordinaire en termes de pensée et pour conserver dans toute la science psychologique le même langage, il faut les exprimer en termes d'action.

II - L'aspect "Evolutionniste".

Cette réduction de la psychologie à l'étude des conduites, implique presque nécessairement le postulat évolutionniste; c'est au fond la même démarche de pensée biologique. On est amené en considérant l'espèce humaine en situation d'adaptation à la réalité, à la situer historiquement dans cette adaptation progressive.

Chaque individu se situe à la fois par rapport à un développement philogénétique et ontogénétique. L'espèce à travers les millénaires a peu à peu créé des conduites de plus en plus complexes et l'individu à travers sa propre existence retrouve ce chemin adaptatif. Les postulats de l'évolutionnisme, en particulier la notion de mutation,

de "sauts" adaptatifs, sont utilisés par Janet en une sorte de fresque historique tracée à grands traits (De l'Angoisse à l'Extase). On y trouve ainsi situées les acquisitions propres à l'espèce dans un ordre strict et précis. Dans un même faisceau d'arguments s'atteignent les considérations sociologiques (Lévy - Bruhl), les données de la psychologie de l'enfant (Piaget) et les observations cliniques qui les étayent et les nourrissent. Bien entendu, H. Jackson mais aussi Th. Ribot sont évoqués ici par Janet. C'est à ce dernier qu'il nous assure devoir l'idée que la maladie suit l'ordre inverse de l'évolution.

L'ensemble de cette construction psychologique, bien que servie par un faisceau de théories auxquelles Janet a emprunté largement doit son originalité à l'utilisation d'observations cliniques innombrables qui lui ont permis de situer délibérément à tel ou tel niveau de l'ensemble, des faits psychiques fondamentaux (langage, mémoire). C'est à ce titre que pour la première fois peut être la pathologie mentale a pu compénétrer la psychologie. Grâce à l'étude clinique, la psychologie dynamique qui aurait pu être une sorte d'abstraction quelque peu elliptique trouve une base solide et aboutit à une hiérarchie des fonctions qui n'est pas quelconque.

III - L'aspect énergétique

Il n'est pas d'action sans implication d'énergie. La Force est la donnée brute de cette énergie, la pure émanation biologique non encore "en forme". La Tension est au contraire un concept destiné à sous-tendre l'idée de structure. Elle signifie que l'énergie s'est spécialisée et imbriquée dans un ensemble qu'elle soutient. Les comparaisons que Janet affectionnait avec le courant électrique ou le moteur à explosion suscitent le double aspect d'une énergie brute à la source mais qui doit être utilisée sous une tension déterminée pour produire l'effet précis attendu. Que ces notions de Force et de Tension correspondent à des abstractions, c'est certain, et Janet reconnait son incapacité à les définir dans leur matérialité profonde. Mais il pense indispensable l'utilisation de ces paramètres en leur supposant une source biologique inconnue encore.

La Force psychologique ou Force nerveuse que Janet distingue soigneusement de la Force vitale au sens de Bergson, a son origine dans des phénomènes physiologiques auxquels participe l'ensemble de l'organisme et non dans le seul système nerveux central. Le sang, pense-t-il, doit transporter des éléments nécessaires à l'élaboration de cette force et le métabolisme basal lui parait une notion riche de promesses dans la recherche de l'origine et de la connaissance de la Force Psychologique. Mais cette force est indivise, non figurée, ne caractérisant un individu que par des indices quantitatifs (Abondance ou Carence).

La Tension psychologique est ce qui situe un acte dans la hiérarchie des fonctions. La tension est d'autant plus élevée que l'acte à accomplir est plus difficile, plus récent dans l'ordre historique, plus proche des derniers stades de l'évolution.

C'est ainsi que les actes sociaux sont de tension élevée en ce qu'ils exigent une série de conduites simultanées complexes. (Bien entendu, sur le plan pathologique, les actes de tension élevée sont les plus fragiles, les plus rapidement détruits par les processus morbides, etc...).

On voit donc comment l'énergétisme est lié à l'évolutionnisme. Les concepts énergétiques sont les plus précieux paramètres qui permettent à l'ensemble du système un certain dynamisme.

Les troubles énergétiques engendrent des inadéquations à la réalité : retour à des comportements anciens par chutes brutales du niveau d'énergie, émiettement de l'énergie en actes de bas niveaux et en symptômes corollaires, troubles des conduites sociales à l'origine des délires, etc...

Il n'est pas surprenant de voir l'énergétisme jouer un rôle aussi important dans le système de Pierre Janet, ses critères fondamentaux se situant, au départ, dans l'ordre de l'efficience. Comme nous le verrons, la notion de Tension qui fonde la topique Janétienne a été plus affinée que celle de la Force. Cela non plus n'a rien pour nous surprendre. C'est qu'en effet, pour cette psychologie " en hauteur" la

hiérarchie et l'ordre de l'adaptation au réel devaient prévaloir sur les considérations d'énergie brute liée aux pulsions, aux instincts, voire à l'inconscient au sens matriciel du terme.

B - LA HIERARCHIE DES TENDANCES

La progression historique de l'adaptation se fait dans un ordre qui nous conduit des réactions les plus brutes de la matière organique vivante jusqu'aux derniers stades de l'adaptation sociale la plus fine et la promotion de l'homme "moral" et savant. Fresque audacieuse, cette génèse est révélatrice d'une conception de l'homme où se mèlent un "biologisme" des plus objectifs et une sorte d'optimisme prométhéen. Sa richesse tient à l'audace de certains aperçus d'intuitions riches et qui fonderont les conceptions sur les délires en particulier.

Janet distingue trois ordres de tendances hiérarchiques.

I - Les tendances inférieures

Chez l'homme c'est l'ensemble des conduites avant le langage. Elles dérivent des propriétés de la matière vivante : irritabilité, agitation diffuse, protection du corps, alimentation, excrétion, fécondation. Elles donnent lieu à des actes psychologiques en traduisant ces propriétés de la matière sous forme d'agitation diffuse, de convulsions tant à l'extérieur du corps qu'à l'intérieur. Elles ne se manifestent que lorsque les fonctions mieux adaptées et supérieures sont supprimées et deviennent insuffisantes : accès épileptiques ou grandes émotions.

Cette agitation, en s'organisant et en s'adaptant prend la forme de l'action réflexe. Les réflexes sont surtout caractérisés au point de vue psychologique par leur explosivité, c'est à dire qu'une fois déclenchés par le mode d'excitation suffisant, ils se déroulent jusqu'à complète décharge. Les réactions d'écartement, phénomène essentiel de

la douleur, les réactions de rapprochement, phénomène essentiel du plaisir, les réactions d'introduction dans le corps et d'excrétion qui en sont des complications se présentent au début de cette manière.

Au-dessus des actes réflexes simples vont se constituer les tendances suspensives. En effet, les tendances ne se déchargent pas d'une manière complète après la première stimulation suffisante. La première excitation peut éveiller la tendance, d'autres étant nécessaires à son achèvement complet. Ces tendances suspensives sont l'élément fondamental des perceptions. Ce sont elles qui permettent la constitution de l'objet. Les objets sont pour ainsi dire découpés dans la réalité extérieure par nos tendances ainsi suspendues, l'objet se définissant par un ensemble de conduites le concernant.

Au-dessus de ces conduites perceptives suspensives, se situent les conduites socio-personnelles. Il y a tout d'abord une sorte de confusion entre le corps des autres et le corps du sujet, d'où une corrélation entre la conduite vis à vis d'autrui et vis à vis de soi-même. Grâce à l'apparition des tendances sociales adaptées à l'objet particulier que représente le "socius", et à une sorte de régulation des conduites vis à vis du corps propre, la collaboration avec autrui (mais aussi un meilleur contrôle de ses propres actions) s'organise. Les actes explosifs déjà endigués au stade précédant dans des conduites d'attente, sont impliqués dans une complexité croissante avec régulation par les différents sentiments (collaboration ou rivalité, compassion, lutte ou haine, etc...). Les tendances sexuelles sont sans autre forme rangées à ce stade. Les régressions à ce stade concernent les idiots, capables de certains actes sociaux mais non doués de langage, On notera également la possibilité de régression à une confusion de son propre corps avec le corps d'autrui. Janet cite le cas d'un malade épileptique qui dans l'instant précédant sa crise demande à un voisin pourquoi il avait l'air si pâle et souffrant.

Au-dessus du stade des tendances socio-personnelles, le stade des actions intellectuelles. Ces actions déjà possibles pour l'animal supérieur (chimpanzé) créent l'objet intellectuel. Cela est possible

par l'affrontement et l'intrication de deux conduites vis à vis de deux objets différents. Ainsi la conduite rendant possible la création de l'objet "panier de pommes" contient à la fois la conduite vis à vis des pommes et la conduite vis à vis du panier, mais les dépasse pour fonder une nouvelle action, un nouvel objet dans la relation des deux premières. Les objets intellectuels que sont l'outil, la rue, la porte, etc... résultent toujours d'une synthèse de deux actes perceptifs, intégrés dans une conduite qui les dépasse et donne une prise meilleure sur le monde.

Le langage n'est qu'une application de ce type de conduite. Il a son origine dans les actes de commandement et d'obéissance. Il est une sorte de moyen économique dispensant celui qui commande de mimer l'acte à accomplir. La mémoire également est une création du stade intellectuel élémentaire. C'est une transformation de l'action qui la rend communicable aux absents sous la forme du récit. Elle apparait socialement motivée par l'absence. C'est une complication de l'attente. Elle n'est donc pas une donnée fondamentale intrinsèque de l'esprit humain mais s'inscrit comme une conquête adaptative et géniale dans l'ordre historique. Les régressions à ce stade concernent les idiots, les imbéciles, mais également les états de confusion et d'onirisme. C'est un stade d'importance capitale puisqu'il faut y voir l'origine de la mémoire, du langage et des symboles.

II - Les Tendances Moyennes

Le langage étend son rôle. Il est utilisé par l'homme à la fois pour parler à autrui et pour se parler à soi-même. Ce langage intérieur auquel personne ne peut réagir que soi-même est à l'origine de la pensée. Deux actes sont alors possibles à l'homme : acte corporel et acte verbal. Les actes corporels sont faits de mouvements des membres déterminant les changements de position du corps. Les actes verbaux réduisent les mouvements à celui de groupes musculaires du larynx et de la bouche mais pour les faire passer dans le récit. Des deux actes,

l'acte verbal est plus économique et peut être transmis, mais est moins efficace. Ainsi Janet écrit : " ces deux conduites qui ont ainsi des avantages différents sont juxtaposées et combinées de bien des manières différentes et toute la psychologie des fonctions supérieures devient une analyse entre l'action corporelle et la parole. Cette dualité de la conduite humaine est importante même au point de vue philosophique car elle a été le point de départ de la célèbre distinction du mouvement et de la pensée, du corps et de l'âme".

Le langage dans un stade intermédiaire devient indépendant de l'action. Il finit par devenir inconsistant, sans rapport avec une quelconque action sur le réel. Ce stade important du développement (stade égocentrique de Piaget entre 3 et 6 ans) se retrouve dans la confabulation, les récits fantasques et contradictoires des affaiblissements intellectuels ou des débiles mentaux.

Le souci de refaire le lien entre langage et action va créer des conduites de promesses, de serments, etc... mais surtout deux actes d'importance fondamentale : la volonté et la croyance. La volonté se définit par l'immédiateté du lien langage-action : " je vaux marcher et je marche".

Dans la croyance, l'exécution immédiate est impossible. Mais la promesse d'action est tout de même affirmée. De même que la conduite suspensive-perceptive créait les objets, la conduite affirmative à ce stade crée les <u>êtres</u> c'est à dire des objets à qui le nom et la croyance confèrent une stabilité.

Cette forme d'affirmation choisit entre deux langages : le langage inconsistant, et les paroles restent sans importance pour l'action, et le langage consistant, affirmatif qui entraine de façon totale l'adhésion du sujet et le fait agir à l'occasion. "Une parole que l'on entend prononcer, une parole que l'on prononce soi-même tout haut, celle que l'on se borne à penser, une imagination, une métaphore, tout cela se confond : ou bien ce n'est rien ou bien c'est un être affirmé

avec conviction"..... " A ce moment du développement, l'affirmation se fait presque au hasard. Elle dépend de la forme momentanée qui accompagne telle ou telle formule. Nous sommes à l'époque où l'on croit ce que l'on désire ou ce que l'on craint et où les croyances fondées sur des motifs aussi accidentels s'imposent avec une énergie, une ténacité que l'on ne retrouvera plus dans les croyances plus raisonnables". C'est le stade des croyances asseritives ou pithiatiques.

Au-dessus se situent les conduites de réflexion. La réflexion est issue de la discussion entre les différents socii affrontant leurs différentes croyances naissantes. Elle reproduit au-dedans de nous-mêmes la discussion d'une assemblée et ne laisse l'assentiment se faire qu'après une discussion interne. Le doute est une des opérations qui ont lieu à ce stade, réalisant un arrêt de l'affirmation, un maintien actif de la parole, à la forme du langage inconsistant.

Cette réflexion va finir par aboutir, après délibération à la volonté,après raisonnement à une croyance. Une nouvelle formule s'impose à l'esprit, différente de celles qui auront été suggérées au cours de la réflexion. Cette formule synthétisée est due à une opération intellectuelle inédite, véritable trait inventif, génial, qui marque un pas de plus dans la hiérarchie des fonctions. Il nous faut nous attarder à ce stade où la croyance hésite entre ses deux formes asseritive ou réflexive. C'est un stade capital. Les troubles névrotiques, les délires sont situés dans cette zone d'ombre qui précède l'assomption aux certitudes de la raison assurée. A partir de l'étude des qualités des croyances, une riche analyse de la réalité vécue sur différents modes permet à la psychologie Janétienne ses plus fécondes découvertes, les plus dialectiques.

Les deux types de croyances, asseritive et réfléchie s'opposent à trois points de vue :

1° - Au point de vue logique, c'est à dire selon leur adaptation à des règles sociales.

2°- Au point de vue des connaissances qu'elles fournissent sur le monde extérieur.

3°- Enfin dans la connaissance qu'elles impliquent de soi-même.

La croyance asseritive qui est celle des enfants, de certains débiles mentaux et que l'on retrouve au cours de la suggestion n'est pas génée par les contradictions et les absurdités. Ainsi de cette somnambule à qui l'on avait suggéré qu'elle n'avait plus de tête et qui se regardait dans un miroir en disant "c'est bien laid et c'est bien triste de n'avoir pas de tête".

La croyance réfléchie implique la discussion sociale dont la réflexion n'est que le prolongement. Elle obéit donc à une certaine règle de conscience sociale et possède une certaine cohérence, préliminaire aux stades rationnels futurs. Le mensonge n'est pas possible au stade asséritif où l'affirmation verbale ne fait qu'un avec le contenu idéïque, allant jusqu'à entrainer la conviction par auto-suggestion. Au stade réfléchi au contraire, alors que les tendances supérieures, morales n'ont pas fait leur apparition, le mensonge consenti est possible.

De même la mythomanie et la fabulation caractérisent chacune un stade différent. La fabulation est possible au stade asséritif en raison de ses aspects contradictoires, de ses rapports avec la tonalité affective du moment, alors que la mythomanie signe une régression moins profonde, une structuration de la personnalité plus cohérente.

Cette étude du point de vue logique nous conduit à opposer les deux "mondes" que ces deux types de croyances permettent de projeter à chacun des stades.

L'être asséritif est le fruit de la croyance à ce niveau. Il se caractérise avant tout par les propriétés qui sont celles de l'homme

parvenu à ce stade, la principale étant l'intentionnalité. Les objets et les êtres sont capables de remuer, de frapper, de faire du bien et du mal par des actions, de faire des actes, des promesses, des menaces. Ce caractère d'intentionnalité, les primitifs, les enfants, les débiles, certains délirants vont le reconnaître à tous les êtres qu'ils créent ainsi. Les objets, les hommes absents ou présents, les morts eux-mêmes existent de cette vie intentionnelle. Il faudra donc se préoccuper des intentions cachées, dissimulées, qui sont les plus dangereuses.

Mais l'entification va s'étendre plus loin, aux morts eux-mêmes, aux métaphores, aux imaginations, aux représentations artistiques. La pensée symbolique se situe à ce niveau, elle n'est pour Janet qu'un cas particulier de la pensée du niveau asséritif. A ce stade, l'on croit qu'il est possible de tout lier, de tout prévoir, parce que tout est construit et intentionnel. Hors de cette intentionnalité, une grande confusion existe entre corps et esprit, entre pouvoir matériel et spirituel. Le temps n'est pas encore l'objet d'une distinction historique. La notion d'évènement n'existe pas. Les différentes périodes du temps remplies par des personnages qui ont tous la même force d'existence, deviennent identiques à elles-mêmes. Tout est mis sur le même plan, qu'il s'agisse du futur immédiat ou du passé le plus reculé. On parle alors du passé, de l'avenir, de l'imaginaire ou du présent de la même manière.

Ainsi se présente le monde au stade de la croyance asséritive, monde de l'être surtout marqué par l'intentionnalité, la signification, le symbole et par la non dimension temporelle, caractérisé aussi par une certaine plasticité.

Il s'y oppose le monde de la croyance réfléchie qui fonde ce que Janet appelle le réel réfléchi.

Plus stable que le monde asséritif, il sera cependant lié aux variations du degré de croyance. Les pertes du sentiment du réel, les recherches angoissantes du réel se présentent toujours chez des individus qui ont des troubles de la croyance réfléchie. La perte du réel

accompagne l'aboulie, les troubles de la décision réfléchie.

Les nuances dans le degré de croyance et les conditions réelles dans lesquelles celle -ci peut se formuler vont permettre une hiérarchisation de la réalité consciente. On peut distinguer ainsi découpés par la croyance réfléchie, deux sortes de réels : le réel complet et le demi-réel.

Le réel complet comprend les corps et les esprits. Le corps est une réalité persistante à propos de laquelle on affirme avec réflexion tous les actes de perception, c'est à dire qu'il a une place, une forme, un poids, une couleur. Les corps sont séparés les uns des autres, distincts mais inertes, dépourvus d'intentionnalité. L'esprit au contraire n'est plus perceptible non parce qu'il est caché, mais parce que sa nature est d'être invisible. Il devient une réalité distincte de l'individu qui parle et distincte des autres esprits. Il garde les propriétés du stade asséritif : intentions, pensées, volontés qui peuvent avoir un caractère dangereux ou favorable. Ces deux réalités distinctes peuvent se réunir dans l'homme et en nous-mêmes. L'origine de leur distinction se fonde dans la séparation primitive du langage et du mouvement des membres; "Le langage, écrit Janet, petit mouvement au début de même nature que les autres est devenu une action toute spéciale, à cause de son caractère économique, il a doublé les autres actions, il les a remplacées, il s'est combiné avec elles de mille manières. Puis il a tenu la place d'une manière plus complète et en même temps il s'en est distingué au moins en apparence et il a constitué une chose qui semblait tout à fait nouvelle et dont sont nés les esprits". Cette double réalité, celle des corps et celle des esprits, représente donc la plus stable conquête des étapes successivement suivies au cours de l'histoire de l'espèce.

On voit que le réel complet est le fruit d'une croyance liée à la possibilité d'une action immédiate ou d'une permanence intangible.

L'existence d'un objet est réelle parce qu'il est apte à être

défini par des actes le concernant. L'existence d'un esprit distinct des corps est réelle parce qu'il se définit par une possibilité permanente d'intentions elles-mêmes déduites d'actions entre le corps et produit de l'intériorisation du langage.

A l'opposé de ce réel complet se situe le demi-réel lié aux considérations sur l'attente et le récit. Le sentiment de la réalité du futur est sous-tendu par l'acte de l'attente. Le sentiment de réalité du passé se définit par des actes plus complexes. Il est dû aux actes d'affirmation de maintenir toujours identique le récit que hous faisons d'un évènement. Cette réalité du passé sera nuancée par différents facteurs, en particulier le contexte de résonnances affectives. Le passé récent en est plus riche que le passé lointain qui ne se présente plus que sous la forme du récit affirmé. Entre le réel complet et le demi-réel, le presque réel est surtout constitué par le présent. Le présent résulte de la conjonction d'une double opération : nous accomplissons un acte et nous en faisons le récit. Le récit est un récit de volontés successives. C'est le caractère d'immédiateté de l'acte qui donne la notion de présent à celui qui l'accomplit. Une réflexion implicite, une sorte de comparaison de degré de réalité entre ce récit accompagnant l'acte et les actions passées et futures, situe le sentiment de réalité du présent et lui donne son caractère complexe. Ce Présent implique la notion d'action efficiente, de forces antagonistes. Il est très proche du réel complet. Il en diffère toutefois par l'impossibilité de vérifier sa réalité à tout instant. Dans ce même cadre du presque réel Janet range les imaginations, les pensées, les sentiments, en bref le monde de la conscience. Cette conscience, régulatrice de nos actions son degré de réalité s'impose à nous comme un postulat. Nous accordons une réalité à notre conscience et de même à celle d'autrui par similitude.

Ainsi se trouve atteint au stade réfléchi une mise en place de la réalité hiérarchisée en degrés affectés d'un sentiment de croyance correspondante.

Réel : corps et esprits
Presque réel : Présent
actions
Pensées
Demi-réel : futur prochain
passé récent
idéal
futur lointain
imaginaire
idée

Toute formule verbale, tout récit doit correspondre à une adéquation entre la réalité et le sentiment que nous en avons. Dans les maladies mentales, l'on assiste à des surréalisations (évènement du passé lointain affecté d'un sentiment de croyance qui le situe dans le présent) ou à des incapacités de rendre réel (incapacité de sentir le présent ou les objets comme réellement perceptibles). Si la place que prend le récit est faussé, ne correspond pas à la fois à l'idée qu'en ont les autres socii et aux vérifications et discussions, il y a délire.

C'est une idée que Janet résume dans une formule saisissante "le délirant est un individu qui place mal sa parole dans la hiérarchie des degrés de réalité".

Du stade asséritif au stade réfléchi, de même que la réalité du vécu se modifie et se structure, la personnalité se transforme; l'on passe du Personnage au Moi. Les formes moyennes de la personnalité sont le plus souvent impliquées dans les troubles névrotiques ou psychotiques. Les stades précédents avaient conduit de l'indifférenciation du stade réflexe en passant par le début de l'individualisation du stade perceptif où le corps est reconnu jusqu'aux stades social et intellectuel où se différencient le groupe et l'individu.

Au stade asséritif, l'individu se caractérise par une attitude. Il devient Personnage. Qu'est-ce que le personnage ? C'est un individu

qui agit conformément à une image qu'il a de lui-même et qu'il propose aux autres. Il joue un rôle. Les actions vont être marquées par l'unité de ce rôle qui signale l'individu parmi le groupe. Ce rôle de personnage est également prêté à autrui. Il définit souvent les relations médecin-malade au cours des traitements. L'on peut reconnaître là de façon très précise une description du transfert au sens psychanalytique. "En étudiant les directions morales dans les traitements, j'ai insisté sur un phénomène curieux que j'ai appelé l'acte d'adoption. A partir d'un certain moment le malade change d'attitude il subit l'influence de son directeur, il devient suggestible par lui, il présente à son égard des conduites de l'influence et du besoin de direction qui sont si caractéristiques. C'est parce qu'il considère autrement l'individu qui est devenu son directeur, il lui attribue un personnage tout particulier et c'est cette croyance sur laquelle on peut s'appuyer pour le guérir".

Telle est la personnalité à ce niveau, encore fragile, plastique suggestible.

Au stade du moi réfléchi, la personnalité s'affirme davantage. La réflexion permet de tenir compte à la synthèse, de notre propre personne et de celle des autres, de toutes les tendances et d'en faire une moyenne. Le moi se caractérise par des conduites d'intérêt d'expansion et également par une organisation temporelle de la personnalité. Une histoire de l'individu participe à la conscience que ce dernier a de lui-même. Le Moi est alors plus stable. "L'unité d'une même histoire, écrit Janet, à laquelle on ajoute constamment les évènements présents, la même responsabilité pour toutes les actions rattachées à un même moi, ont remplacé les multiples récits et les divers personnages qui se mêlaient à propos du même individu".

III - Les tendances supérieures

Si le cadre des tendances moyennes est surtout intéressant pour ses implications psychopathologiques, les tendances supérieures se

réfèrent plutôt à l'anthropologie Janetienne. Car, les troubles psychiques ne les affectent que pour les effacer. Leur structure ne rend pas compte d'aspects morbides.

Les tendances ergétiques, tendances au travail apparaissent à ce stade accompagnant les règles morales. La logique également apparaît avec ce caractère d'activité régie par une sorte d'impératif catégorique. Ainsi le principe d'identité n'est pas une loi de la pensée; c'est une loi que l'homme impose à sa pensée quand il veut être raisonnable et quand il le peut. Ainsi le monde se modifie, la notion de vérité venant dépasser celle de réalité, la vérité étant ce que nous croyons au-delà de la réflexion même, après soumission aux règles.

Au-dessus des tendances ergétiques se situent les tendances expérimentales, fondement de la pensée scientifique et du savoir. Puis, au sommet de cette hiérarchie, les tendances progressives caractérisant l'aptitude de l'homme à saisir sa propre évolution dans son devenir et à la poursuivre.

Cette histoire évolutive de l'espèce doit se poursuivre " l'évolution n'est pas terminée écrit Janet et l'action humaine a été et sera une source de merveilles".

Nous pouvons très schématiquement résumer l'ensemble des stades du développement dans le tableau ci-contre:

TENDANCES SUPERIEURES

Tendances progressives
Stade expérimental
Stade rationnel ergétique

TENDANCES MOYENNES

Croyance après réflexion et après confrontation aux croyances d'autrui.

- Stade réfléchi

  Moi : Stabilité, identité de la personnalité - Temporalité - Biographie intégrée dans la conscience de soi - Réflexion

  Réel : Réel complet
  Demi-réel

Croyance brutale absurde, non dégagée des contradictions.

- Stade asséritif

  Personnage : Attitude - Rôle peu différencié - Suggestibilité - Plasticité

  Etre : Intentionnalité des objets et des autres - Absence de temporalité - Symbolisme

TENDANCES INFERIEURES

Actions intellectuelles : langage : actes de commandement et d'obéissance

mémoire : conduite à l'absence.

Conduites Socio-personnelles : distinction du corps

Conduites supérieures : distinction de l'objet

Conduites réflexes : explosives et toujours identiques

C - DYNAMIQUE FONCTIONNELLE

L'étude historique du développement des tendances nous a fourni une sorte de coupe sagittale des fonctions. Pour en saisir la dynamique et les modes d'affrontement à la réalité, il nous faut étudier en demeurant essentiellement sur le terrain des perspectives psychopathologiques.

- la fonction du réel
- les champs de la conscience
- les régulations dynamiques

I - La fonction du réel

Une psychologie de l'efficience devait contenir une notion qui rende compte de l'adaptation de l'individu à la réalité, qui le situe sur le front de l'adéquetion au monde à chaque instant dans la conscience simultanée de son propre corps, de ses pensées, de l'existence des autres, de la réalité différenciée de ses souvenirs, etc... Cette fonction, Janet l'a nommée fonction du réel. "Appréhension de la réalité sous toutes ses formes", cette fonction du réel est à la fois action volontaire et attention avec conscience. En même temps, elle fait naître dans l'esprit le sentiment du moment présent. C'est la fonction de présentification. Dans un tableau, Janet groupe ainsi les fonctions du réel:

- Fonction du réel
  - l'action
    - efficace sur la réalité
      - sociale
      - physique
    - nouvelle avec sentiment
      - d'acuité
      - de liberté

L'attention { perception du sentiment de réalité
certitude et croyance
perception d'objets nouveaux
perception de la personne avec sentiment de réalité et d'unité

présentification : perception et jouissance du présent.

Cette fonction du réel est bien entendu fragile, exigeant une tension psychologique élevée pour s'accomplir. Elle est atteinte dans les névroses, en particulier dans la psychasténie.

II - Le champ de la conscience

Le champ de la conscience réunit la multiplicité des éléments psychologiques simultanément en présence se fondant dans la conscience personnelle de façon synthétique.

" Le champ de la conscience est le nombre le plus élevé de phénomènes simples ou relativement simples qui peuvent être réunis à chaque moment, qui peuvent être simultanément rattachés à notre personnalité dans une même perception personnelle".

Le champ de conscience est soumis dans son extension aux données énergétiques. L'attention est susceptible de l'élargir, d'augmenter le nombre des phénomènes perçus. Au contraire, dans l'Hystérie en particulier, un rétrécissement du champ de la conscience donne aux perceptions un caractère fragmentaire.

Le rétrécissement du champ de conscience sous l'influence de facteurs énergétiques permet l'émergence d'actes subconscients qui sont des actes de niveaux inférieurs s'imposant parmi des actes de niveau plus élevé et donnant à l'ensemble de la personnalité un aspect hétérogène. Cette notion du champ de conscience est fondamentale. Elle résume en un seul plan les perspectives génétiques et adaptatives. C'est en ce lieu que s'atteignent l'histoire de la personnalité et son adaptation au moment présent. Ce champ de la conscience revêt à la fois

une valeur quantitative (somme des représentations complexes possibles) et qualitative (synthèse et situation des différentes perceptions et images mentales, intensité d'attention, etc..). On verra ainsi qu'il peut être qualitativement atteint ou amoindri, se laissant traverser par des systèmes d'idées subconscientes (Automatisme Psychologique) ou au contraire qualitativement insuffisamment sous-tendu pour parvenir à un sentiment d'existence suffisant (Incomplétude du Psychasthénique).

Il faut considérer ce champ de conscience comme le lieu privilégié du départ de tous les troubles névrotiques et psychotiques, son maintien qualitatif et quantitatif comme un signe et un test de la cohérence de la personne.

III - Le bilan énergétique

L'on peut dresser un bilan énergétique psychologique d'un individu. Des forces en réserve jusqu'à l'utilisation de ces forces sous une forme efficace, des mutations s'opèrent assez complexes mais selon la rigueur de correspondances inéluctables. Force, Tension, Sentiments, Actes sont les quatre termes de ces échéances.

Il est possible d'en résumer le tableau en étudiant successivement les réserves de force, leur mobilisation, les dépenses et les économies. Nous verrons ainsi comment se referme sur elle-même dans l'espace ménagé entre ses paramètres, la psychologie dynamique de Janet et cela nous conduira à essayer d'en dégager le sens au terme de cette étude théorique.

a - Les réserves de forces : Pour l'essentiel les réserves de forces se trouvent dans les tendances, les plus chargées étant les tendances élémentaires. Ces réserves sont très différentes selon les individus. C'est une donnée héréditaire. De même est héréditaire la possibilité de recharger ses tendances plus ou moins rapidement. Outre l'hérédité qui intervient pour le principal, toutes sortes de phéno-

mènes physiologiques jouent un rôle dans la constitution des réserves, et en particulier le sommeil, activité de précaution destinée à arrêter les dépenses pour ne pas s'épuiser et permettre une recharge. Enfin, des facteurs psychologiques peuvent intervenir pour augmenter les réserves. Toutes les acquisitions nouvelles sont source de réserve. Les forces libérées après une réaction de succès, participent à une recharge d'ensemble et à l'acquisition de tendances nouvelles.

b - La mobilisation des forces : la mobilisation des forces destinées à être employées est fonction de l'acte à accomplir. Cette mobilisation n'est pas toujours possible. Ainsi les mélancoliques sont-ils incapables de mobiliser leurs forces dont le capital est ainsi gelé et ne peut être utilisé.

Quand les forces sont mobilisées, elles procurent sur le champ un sentiment d'enrichissement et une apparente guérison de certains névropathes capables alors d'un certain investissement immédiat. Mais si l'appel aux réserves a été trop important, un épuisement secondaire interviendra en attendant la recharge en réserves. D'autre part, cette force libérée pourra être utilisée dans des actes de tension élevée mais pourra également, si elle est inutilisée refluer et se perdre dans des manifestations de bas niveau (obsessions, etc...).

c - Les dépenses : les actions que nous devons accomplir sont plus ou moins difficiles. Elles exigent donc des tendances plus ou moins chargées. Les critères d'une décharge importante résident dans sa vitesse, sa durée, son efficience. Des régulations intérieures au cours de la décharge, soit pour la faire durer et accroître sa puissance (sentiment d'effort), soit au contraire pour la faire cesser (sentiment de fatigue). Lorsque l'action cesse, la charge libère les forces qui sont ensuite différemment distribuées selon les cas. En cas d'insuccès, tantôt les forces sont libérées dans un acte de substitution, tantôt gaspillées dans des "dérivations" pathologiques. En cas de triomphe, les forces se gaspillent en partie mais participent également à un état mental particulier qui est l'"irradiation", sti-

mulent les fonctions végétatives, et, bref, interviennent dans l'augmentation de la tension générale de l'organisme et de la réserve des forces.

Il est possible d'établir une liste des actions les plus coûteuses entraînant des dépenses importantes. Les grandes émotions, les actes sociaux, les actions difficiles perfectionnées, originales, les actions intellectuelles supérieures sont les plus exigeants. Leur répétition, leur durée prolongée peuvent provoquer des états d'épuisement.

d - Les économies : l'automatisme, l'habitude, les réactions de fatigue qui freinent l'action, permettent une économie. Mais il est une économie à échelle plus large qui consiste en un investissement des forces dans des actions supérieures scientifiques. La science au fond n'est qu'un procédé d'économie en permettant une efficacité plus grande avec des forces plus faibles.

Dans l'ensemble, cette étude énergétique aboutit à un Equilibre Dynamique. Selon les individus, différents types d'équilibre sont possibles, caractérisés par une certaine constance dans une activité de niveau plus ou moins élevé. Il existe des cas d'équilibre dynamique de haut niveau, avec actions efficaces et répétées, réserves abondantes et rapidement refaites des équilibres moyens avec dépense usuelles possibles sans effort, des équilibres bas avec inactivité et dépenses presque nulles. En général, l'équilibre moyen est marqué d'oscillations avec périodes d'augmentation des actions alternant avec retour à un état de quiétude et de recharge.

En pathologie, les oscillations sont plus accentuées : équilibres instables des épileptiques avec décharges brusques suivies en général d'une recharge progressive aboutissant à une nouvelle rupture.

C'est le cas également des équilibres oscillants des maniaco-dépressifs où la période stable est plus prolongée, mais qui sont soumis à une rythmicité périodique des crises.

II - LES NEVROSES

II - LES NEVROSES

CONSIDERATIONS GENERALES ET DEFINITION

1 - La difficulté de définir et de grouper l'ensemble des troubles auxquels Cullen au XVIIIème Siècle donna pour la première fois le nom de névroses, apparaît dans les vicissitudes historiques de leurs définitions successives.

Avant même que le terme de névrose ait existé, leurs manifestations étaient connues des médecins sans être cataloguées. C'est alors que l'on décrit des "maladies extraordinaires", au cours des XVII et XVIIIème siècle, le plus souvent définies par leurs caractères d'inexplicabilité et de manifestations quelque peu fantasques. On y trouve à la fois les attaques hystériques, certaines maladies de foie, des cécités et des phénomènes... de surnagement dans le bain.

Dans la nosographie de Pinel en 1819, dans son dictionnaire des Sciences Médicales, l'article relatif aux névroses groupe des affections disparates qui vont de certaines surdités et amauroses jusqu'à des manifestations digestives, le pyrosis, la colique, l'ileus ou des manifestations neurologiques hétéroclites. C'est sans doute encore le problème de la causalité non évidente des troubles et leur caractère de facticité et de surgissement incompréhensible qui président à ce regroupement. On retrouve l'écho de cette considération de la névrose comme manifestation 'extraordinaire" jusqu'en 1859, dans la société médico-psychologique.

Avec Sandras, dans son traité de 1851, apparait une nouvelle conception des névroses.

Nous sommes à l'époque de Laënnec et de Trousseau et c'est le rapport anatomo-clinique qui sert de pierre de touche à la conception nouvelle. On les localise dans le système nerveux mais avec ce curieux caractère négatif d'être définies par l'absence de lésions décelables.

Cette version se confirme au cours du XIXème siècle, Axenfeld puis Huchard parviennent grâce à cette règle à un démembrement des maladies du système nerveux. Six névroses restent décrites : l'état nerveux, la chorée, l'éclampsie, l'épilepsie, la catalepsie et l'hystérie. Le Dictionnaire de Dechambre en 1878 dans l'article de Brochin, Grasset dans son traité, ajoutent au groupe l'un la maladie de Parkinson, l'autre le goître exophtalmique.

Raymond lui-même, en 1907, définit,les névroses par le caractère négatif d'absences de lésions ou du moins de l'ignorance où nous sommes de celles-ci.

Janet critique ce dernier point de vue qui lui semble aléatoire. Cette ignorance de la lésion est en somme à la merci d'une découverte qui pulvérisera les entités morbides ainsi regroupées. L'absence de lésions anatomiques sauf si elle est affirmée définitivement comme un caractère certain des névroses, ne peut donc servir à les définir.

Le XXème siècle s'oriente dans l'étude des névroses vers des définitions plus psychologiques. En effet, Dubois (de Berne) fait intervenir comme caractéristique de ces troubles l'intervention de l'esprit et des représentations mentales dans tous leurs symptômes.

Cet aspect des névroses avait été pressenti par Janet lui-même dans ses premiers travaux en 1889. Toutefois il considère n'en être pas entièrement satisfait. En effet, cette définition lui semble entachée de métaphysique spiritualiste et par trop contingente par rapport à l'activité cérébrale. D'autre part, il lui parait peu restrictif de définir les névroses par l'évidente prééminence des troubles psychologiques que l'on y rencontre. Est-ce que cette définition ne convient pas aussi à l'aphasie secondaire à une hémorragie cérébrale, à la paralysie générale ou à la démence précoce ? Il récuse l'argument de la prééminence dans la névrose des troubles psychologiques sur les troubles fonct ionnels telle que la définit Dubois (De Berne). Il ne peut admettre que des troubles psychologiques soient antérieurs à des lésions

cérébrales; les troubles organiques et psychiques sont dans tous les cas simultanés, qu'il s'agisse de névroses ou de troubles mentaux d'organicité avérée.

2 - C'est pourquoi, prenant en considération tous ces écueils de la définition des névroses, Pierre Janet tâche de parvenir à une conception qui échappe à l'absurdité d'un caractère purement négatif (absence de lésions anatomiques) et également au flou d'une catégorisation à la fois générale et spécieuse. Cette définition devra expliquer également cet aspect "extraordinaire" qui avait frappé les premiers observateurs.

Il faut d'abord que soit prise en considération l'idée d'un trouble fonctionnel. C'est toujours une fonction et non un organe qui se trouve atteinte dans les névroses.

Toutefois l'atteinte de la fonction n'est pas quelconque. Elle est située dans la partie la plus récente historiquement, celle qui est en cause dans l'adaptation aux circonstances présentes, dans les actions les plus "sociales" de l'homme. C'est ce qui explique l'éclosion des troubles névrotiques au moment de la puberté, leur aggravation chaque fois que se pose à l'individu le problème d'une adaptation sociale, enfin le caractère d'arriération et d'infantilisme du comportement global des névrosés.

Le fait que la névrose atteigne l'individu dans la partie de lui-même qui est encore en développement explique à la fois le caractère souvent déroutant et complexe des névroses, car les conduites en cause sont les plus plastiques, les moins stéréotypées, et d'autre part l'absence de lésions anatomiques grossières, car ces fonctions ne sont pas inscrites anatomiquement dans le système nerveux dans des structures organiques aussi nettes que les fonctions plus anciennes.

Enfin, cette définition des névroses les distingue de façon radicale des atteintes démentielles qui touchent les fonctions dans leur existence, même en les détériorant de façon définitive.

Ainsi donc les névroses sont pour Pierre Janet, des manifestations d'un arrêt de l'évolution de l'organisme dans son ensemble. Elles se situent dans la zone de comportement la plus élevée, dans les actes sociaux les plus difficiles qui réclament du sujet à la fois conscience aiguë des choses et plasticité.

Cet arrêt du développement est inscrit dans des lésions du système nerveux qui est l'organe de l'adaptation mais ces lésions sont malaisément décelables en l'état actuel de nos connaissances. L'hérédité joue un rôle primordial dans le déterminisme des troubles névrotiques mais toutes les circonstances de la vie qui mettent l'individu en demeure de répondre aux instances sociales, tous les traumatismes affectifs révèlent et aggravent les manifestations de la maladie.

A - LA PSYCHASTHENIE

Publié en 1903, l'ouvrage intitulé "Les Obsessions et la Psychasténie " écrit en collaboration avec Raymond, peut être considéré comme l'illustration la plus achevée de la psychopathologie Janétienne. Dans cette conception s'atteignent toutes les idées chères à Janet, dans une unité et une articulation parfaites. Les considérations théoriques contenues dans le premier volume représentent une étude de 325 observations dont la substance se trouve dans le second.

I - Les données sémiologiques

Elles sont groupées sous trois rubriques:
- les idées obsédantes
- les agitations forcées
- les stigmates psychasthéniques

A - Les idées obsédantes

Les idées obsédantes sont des idées abstraites et d'un caractère général dont le contenu peut être variable : obsession du sacrilège, du crime, de la honte de soi, de la honte du corps, obsessions hypocondriaques. Leurs caractères communs, malgré cette diversité d'apparence sont les suivants :

1 - L'obsession porte toujours sur un acte du sujet

2 - Ces actes sont des actes péjoratifs et agressifs

3 - Ces actes sont toujours des actes extrêmes.

4 - Enfin, ces actes portent la marque du sujet en ce qu'ils donnent une idée de son niveau culturel par exemple, ce qui signe leur endogénéité.

Dans leur forme, ces obsessions se caractérisent par leur permanence, leur tendance aux répétitions incessantes, leur caractère d'inachèvement avec absence de réalisation, leur possibilité de représentation hallucinatoire sumbolique, enfinle caractère de remise en question permanente de la croyance à leur égard.

B - Les agitations forcées

1 - Les agitations mentales

Ce sont les différentes "manies" mentales qui prennent tantôt la forme de l'oscillation (interrogations, hésitations, délibérations perpétuelles), tantôt la forme de la recherche de l'inaccessible (manies de "l'au-delà" c'est à dire de la perception, de la symétrie, de la recherche du souvenir, etc...), tantôt enfin la forme de l'annulation (manie de la réparation, de la compensation, de l'expiation, etc..)

Ces agitations mentales donnent à la pensée un caractère de

rêverie forcée, de rumination mentale, de mentisme.

2 - Les agitations motrices

Tantôt systématisées, elles sont représentées par les tics, tics de perfectionnement ou tics de défense, qui ont le même caractère forcé que les manies mentales et la même forme inachevée. Ce sont des actes incomplets, intempestifs et inutiles que la volonté se sent forcée d'accomplir.

Tantôt diffuses, elles réalisent des crises (d'effort, de marche, d'excitation) qui ont les mêmes caractères d'inutilité, d'inachèvement et d'imprécision.

3 - Les agitations émotionnelles

Elles sont tantôt systématisées : ce sont les phobies et les algies (algies intéressant certaines zones privilégiées, phobies classées en phobies du corps, des objets, des situations, des idées.)

Tantôt les agitations émotionnelles sont diffuses, ce sont les angoisses avec leur cortège de manifestations physiologiques. Les agitations émotionnelles ont un caractère forcé et un aspect d'inutilité, de facticité qui les rapproche des autres agitations dont elles sont l'équivalent clinique. On note d'ailleurs des substitutions fréquentes entre ces diverses manifestations ce qui montre bien l'unité du groupe. L'angoisse à cet égard n'est pas un signe privilégié.

C - Les stigmates psychasthéniques

Ils représentent un ensemble de caractères dont l'existence rend possible les manifestations précédentes, c'est à dire un terrain psychologique particulier car "l'esprit qui a favorisé un pareil développement ne devait pas être bien normal". Les stigmates psychasthéniques sont donc les modifications dans le fonctionnement des opérations

psychologiques, en dehors même de l'éclosion des obsessions et agitations forcées.

1 - Les sentiments d'incomplétude.

Les sentiments d'incomplétude sont le reflet subjectif de l'inaptitude adaptative du psychasthénique. Ses actions lui semblent toujours incomplètes, difficiles. Il a un sentiment d'incapacité préalable à toute entreprise, il est indécis, gêné au cours de ses actes. A la limite il se sent dépossédé de son action qui prend alors un caractère automatique. Cela va parfois jusqu'au sentiment de domination extérieure, d'imposition de l'agir par une force étrangère. Enfin, une certaine tendance à la culpabilité, ou à la révolte, au refus d'agir, peut se manifester.

Les opérations intellectuelles sont frappées de la même marque d'inachèvement vécu intensément par le sujet. Snetiment de difficulté des opérations intellectuelles, de perception incomplète pouvant entraîner des impressions de déjà-vu ou d'étrangeté, ou d'imaginaire projeté sur la réalité ambiante. Le sentiment du temps, la notion du présent sont perturbés. Une impression d'obtusion, d'inintelligence, de doute perpétuel, s'installe.

Les émotions sont amenuisées, éteintes. Le malade ressent péniblement un sentiment d'indifférence à l'égard de ses proches, qui alimente une inquiétude. Pour réagir contre cette emprise d'une indifférence qui le gagne, le sujet va rechercher des excitations soit dans des sentiments susceptibles de l'émouvoir (ambition), soit dans des drogues (tendances aux toxicomanies).

L'incomplétude dans la perception de son propre corps va conduire le psychasthénique du sentiment d'étrangeté du moi au dédoublement jusqu'à la dépersonnalisation.

2 - Les insuffisances psychologiques.

Malgré une étude systématique déduite dans ses principes, de ce

qu'il avait découvert chez les hystériques, Pierre Janet n'a pas retrouvé chez le psychasthénique de troubles en rapport avec un rétrécissement du champ de la conscience. En particulier, il n'existe pas d'anesthésies, de troubles du champ visuel, etc...

Par contre, les fonctions psychologiques sont atteintes. La volonté est caractérisée par l'irrésolution avec lenteur des actes, retards, faiblesse des efforts, fatigue rapide, inachèvement, labilité. Ces troubles de la volonté engendrent le misonéïsme, les aboulies sociales, la timidité. L'intelligence semble tout d'abord plutôt développée, avec une certaine tendance à manier heureusement l'abstraction. Toutefoisn on note certaines particularités de la mémoire souvent plus apte à l'évocation de souvenirs anciens qu'à,la fixation et à l'évocation de faits plus récents. L'attention de même est assez labile, avec tendance aux éclipses mentales, aux rêveries.

Les émotions, les sentiments se caractérisent par l'indifférence la tendance aux ruminations moroses, mélancoliques, une émotivité anxieuse, par accès, une certaine propension aux émotions sublimes inattendues. Mais également, ces sujets manifestent une immaturation affective foncière, ressentent un besoin permanent de direction, avec retour à l'enfance, puérilisme, recherche d'une autorité protectrice.

3.- Les insuffisances physiologiques

Elles sont analysées avec beaucoup de soins et très systématiquement. Troubles du système nerveux : algies surtout qui sont exprimées en général assez curieusement par les malades : sensations de pesanteur, de vide, de bruits variés, de mouvements même à l'intérieur de la tête. Le sommeil est en général pénible, coupé de rêves, parfois très léger, parfois au contraire très lourd, exagéré dans le temps.

Les fonctions digestives sont fréquemment atteintes avec souvent constipation préoccupant le malade, troubles de la nutrition. On note

également une tendance à l'hypotension artérielle, aux troubles vasomoteurs et secrétoires.

Enfin, les fonctions génitales sont souvent perturbées. Les règles apparaissent tardivement dans la puberté, elles sont souvent irrégulières. Les femmes psychasthéniques sont souvent frigides, les hommes ont une vie sexuelle assez pauvre.

II - La marche de la maladie

Marqué par son hérédité, le psychasthénique présentera des troubles révélateurs dès l'enfance (tics, sentiments anormaux, aboulie). Parfois des évènements ou des traumatismes de tous ordres précipiteront le cours de l'évolution. Les formes aiguës peuvent se voir d'ailleurs, avec guérison complète, mais elles sont rares.

Le plus souvent, la psychasthénie est la maladie de toute une existence et peut aboutir à un état grave d'inertie complète avec clinophilie. Des états délirants, en particulier le délire de persécution chronique, sont une évolution possible, mais non régulière de la maladie. Par contre des états transitoires de délire peuvent se rencontrer avec dépersonnalisation et vécu extatique.

III - Pathogénie de la Psychasthénie

1 - La psychasthénie est avant tout une maladie dûe à l'atteinte de la fonction du réel.

C'est l'impossibilité de parvenir à une action sur la réalité avec conscience de cette réalité, sentiment du présent et de sa propre présence au monde qui est sur le plan psychologique, le troublé générateur.

Cette inadéquation engendre tout d'abord l'ensemble des stigma-

tes de la maladie et en particulier le sentiment d'incomplétude global. A quoi est liée cette incapacité de parvenir à la fonction du réel ? A une baisse de la tension psychologique qui est le trouble déterminant. Du fait de cette baisse de tension psychologique, le sujet ne peut parvenir à réaliser les actions difficiles avec les sentiments de réalité et de présence qui les accompagnent. Les signes de "dérivation" que représentent les idées obsédantes, les agitations forcées sont en rapport avec une libération de l'énergie mobilisée pour l'action et qui n'a pu être intégrée dans des actes de haut niveau. Cette énergie s'émiette ainsi dans des manifestations stériles de bas niveau.

2 - Quant aux implications anatomiques lésionnelles de la maladie, elles sont pour l'instant inconnues, mais néanmoins certaines.

Le rôle de l'hérédité n'est pas mis en doute, aussi bien sous sa forme génique que sous sa forme indirecte (rôle de l'éducation).

B - L'HYSTERIE

L'étude de l'hystérie a commencé avec le premier ouvrage de Janet sur la psychologie pathologique. C'est en effet dans l'Automatisme Psychologique qui fut sa thèse de Doctorat en Philosophie que l'on trouve les études cliniques particulières à cette névrose, avec de plus, une conceptualisation théorique déjà complète. Cette étude s'est poursuivie dans le reste de l'oeuvre et en particulier dans "Névroses et Idées fixes" 1898, après avoir fait l'objet de sa thèse de Doctorat en Médecine : "L'Etat Mental des Hystériques". Dans les "Névroses", Psychasténie et Hystérie sont étudiées en confrontation dans leurs illustrations sémiologiques et aussi sur un plan théorique d'ensemble.

I - Les données sémiologiques

On les divise en deux parties : les stigmates mentaux et les accidents mentaux.

A - Les stigmates mentaux

1 - Les Anesthésies

L'étude systématique faite par CHARCOT avait dégagé les principaux caractères des anesthésies chez l'hystérique. Tantôt systématisées (disparition d'un objet ou d'une personne dans une perception), tantôt localisées, de caractère fonctionnel, elles se montrent très variables selon les circonstances (rôle des émotions, de l'état de fatigue, de la suggestion, de l'état vigil, etc...). Ceci permet d'éliminer bien entendu une conception d'atteinte de fonctions anatomiques précises dans les manifestations de ce type. Il s'agit d'un trouble d'un autre ordre. C'est la "Perception Personnelle" qui est atteinte dans sa fonction d'intégration globale des perceptions.

A cet égard, les troubles du champ visuel chez l'Hystérique qui présentent les mêmes caractères de variabilité, de contradiction, de mobilité résument et symbolisent bien le rétrécissement d'une conscience distraite et incapable de synthèse.

Le trouble perceptif n'est donc qu'un aspect de la distractivité de l'hystérique.

2 - Les Amnésies

De même que les anesthésies sont souvent plus importantes que ce que le malade en connait, de même les troubles de la mémoire méritent d'être étudiés à travers une exploration complète qui révèlera une insuffisance insoupçonnée au premier abord.

Amnésie systématisée qui efface le souvenir de faits relatifs à un certain évènement privilégié et reliés entre euxpar un lien logique ou de contiguité temporelle.

Amnésie localisée de caractère rétrograde ou antérograde déclenchée par une crise hystérique et qui laisse dans l'ombre les circonstances entourant la crise elle-même.

Amnésie continue, évocation toujours difficile, incapacité permanente d'accroissement du potentiel des faits mémorés. Toutes ces formes de troubles de la mémoire vont se manifester selon le mode capricieux , fantasque, déroutant, contradictoire des manifestations habituelles de l'Hystérie.

Elles participent de l'altération de la fonction d'assimilation des souvenirs de la personnalité dans la conscience actuelle d'elle-même et du monde qui l'entoure. C'est la capacité d'intégration du souvenir, ou la possibilité d'actualisation et d'emmagasinement du fait susceptible d'être mémoré qui sont atteints;

3 - Les aboulies

Les aboulies des hystériques se manifestent dans leurs difficultés à s'adapter à des actes nouveaux qui sont ceux qui exigent l'effort volontaire le plus grand. Leur activité est, de ce fait habituellement réduite avec répugnance extrême aux efforts prolongés.

Ces malades sont habituellement aprosexiques, distraits, incapables d'attention soutenue. Paradoxalement, c'est l'état d'hypnose qui de même que la suggestion leur permet une activité cohérente et efficace. Mais il s'agit là d'une activité purement automatique ne réclamant de la part du sujet aucun effort de synthèse consciente, l'équivalent de l'activité habituelle automatisée du sujet normal.

On pourrait au fond résumer toute la caractérologie de l'Hystérique par l'aboulie qui la marque. Mais il faut souligner surtout qu'elle conditionne en raison des implications énergétiques qui la sous-tendent, une certaine dépendance. En particulier cette dépendance de nature économique règle les rapports de l'Hystérique avec son thérapeute. Il est en effet celui qui peut décider à leur place, qui peut les délivrer de leur aboulie, de leur stagnation volitionnelle. C'est par le biais de ce rapport énergétique que Pierre Janet définit la relation dite transférentielle.

4 - Les troubles moteurs

En rapport avec l'anesthésie, il existe une certaine ataxie avec indécision, maladresse, inadaptation des mouvements. Mais surtout la simultanéité des actes complexes qui gêne ces malades chez qui Janet a pu retrouver par une étude très systématique une certaine faiblesse des exécutions volontaires. La description de ces troubles s'étend au syndrome de Lasègne qui est une perte des mouvements sans le secours de la vue : syncinésies allocinésies, hétérocinésies sont de même des troubles du mouvement en tant que non intégré à l'actualité d'une conscience distraite.

Les phénomènes de catalepsies partielles, de contracture sont les aspects positifs de la distractivité de la conscience. Ils réalisent des actes subconscients.

5 - Les modifications du caractère.

L'intelligence est surtout frappée à partir de l'éclosion des premiers troubles dans sa capacité d'acquisitions nouvelles, dans sa progression. Elle n'est pas atteinte dans ses possibilités instrumentales mais comme fonction progressive et intégratrice. Au demeurant, l'inattention, les échappées dans les rêveries ne favorisent pas l'acquisition intellectuelle. Sur un fond d'ennui, de morosité de l'humeur, les émotions sont souvent exagérées, labiles, excessives dans leur

expression par rapport à la réalité des sentiments éprouvés. Elles sont souvent exprimées de façon toujours identique chez un même sujet. Bien souvent, elles sont automatiques, se déroulant dans un ordre scénique toujours le même. La joie factice, l'apparente distraction euphorique cachent une tendance profonde à la mélancolie, au désenchantement, à un sentiment monotone de l'existence avec humilité.

Deux préjugés relatifs à l'Hystérie doivent être enfin éliminés. Il s'agit d'une part de leur réputation de sujets particulièrement en proie aux idées érotiques, et d'autre part de leur tendance à la simulation. Janet n'a pas noté de prévalence particulière au développement d'idées fixes ou de sentiments d'ordre érotique chez les hystériques.

Quant à l'aspect souvent factice des troubles qui donnent l'impression d'une duplicité ou de simulation même, il est en rapport avec le caractère contradictoire et fantasque de ces sujets, mais on saisit au contraire dans leur présentation déconcertante et mobile un des aspects les plus authentiques de l'atteinte de leur personnalité.

B - Les accidents mentaux

1 - Idées fixes. Somnanbulismes. Personnalités alternantes.

Les stigmates mentaux de l'hystérique conditionnent la possibilité d'accidents mentaux d'aspects divers et souvent extraordinaires.

Une série de phénomènes se proposent ainsi à l'observation. On estassez surpris aujourd'hui par le caractère luxuriant de ces manifestations.On ne peut s'empêcher de penser que les techniques d'observation et les conditions d'examen favorisaient alors le développement de ces aspects morbides qui n'en étaient pas moins révélateurs d'une structure psychopathologique très particulière.

Les idées fixes peuvent prendre plusieurs aspects plus ou moins

achevés.

L'idée fixe somnanbulique est un déroulement scénique durable, vivant, cohérent en rapport avec un souvenir en général traumatisant. Irène reproduisait ainsi une scène se rapportant à la mort de sa mère. Elle mimait le drame avec beaucoup de minutie, de réalisme, en actrice consommée et toujours de manière identique, y intégrant une représentation de sa propre mort par suicide. Vi... reproduisait une visite de salle d'hôpital par un médecin, avec fidélité.

D'autres fois, l'idée fixe est moins riche dans son développement, le récit n'est pas mimé de façon aussi riche, l'hallucination est fragmentaire. Il s'agit parfois de scènes purement imaginaires que le sujet raconte avec complaisance et réalisme donnant l'impression de ressentir des sensations ineffables (chute en enfer, envols, scènes érotiques).

L'idée fixe médianimique, partielle se développe non plus en prenant possession de toute l'activité du sujet mais parallèlement et de façon sous-jacente à une réalisation consciente. Le sujet ignore cette émancipation subconsciente que représente l'écriture automatique, la parole automatique. Parfois les manifestations automatiques sont encore plus fugaces. Apparition brutale et inexpliquée d'une hallucination fragmentaire, d'une angoisse subite, d'une peur sans objet.

L'étude de la suggestion hypnotique, du somnambulisme provoqué a conduit P. Janet à étudier le phénomène des personnalitéa alternantes. Il créait ainsi des ensembles somnambuliques réalisant de véritables personnalités s'ignorant l'une l'autre et caractérisées par une idée fixe se développant de façon plus ou moins complexe. Les cas Lucie, Léonie, Rose, Marcelline, sont à rapprocher des observations historiques de Marie Reynolds ou de Felida. On avait décrit chez de pareils sujets la possibilité d'existences alternantes pouvant durer plusieurs années, chacune avec dans chaque cas une personnalité différente et l'ignorance de l'autre personnalité. Ces descriptions curieuses donnent l'idée d'une

plasticité très particulière des sujets hystériques en même temps que d'une mécanisation extrême de la vie subconsciente. Ce qui est libéré et mis à jour dans l'hypnotisme, dans le phénomène des personnalités alternantes, c'est un système global qui s'émancipe et se développe en raison d'une cohérence qui lui est propre et qui ne trouve pas de reflet au sein de la conscience du sujet.

2 - Les attaques hystériques

Variables dans leurs manifestations, les attaques hystériques représentent des réactions de décharge de durée plus ou moins longue. Il s'agit tantôt de la crise de nerfs banale qui n'est qu'une attaque partielle, tantôt de la grande crise réalisant un type proche de la grande attaque de Charcot. Au cours des attaques, l'on recueille des manifestations émotives, motrices, végétatives; elles sont souvent au point de départ du développement d'une idée fixe somnambulique .

En général à l'origine de l'attaque, on retrouve un épisode traumatisant. L'attaque n'a qu'en apparence un aspect de brutalité dans sa survenue.

Elle est en réalité conditionnée par une longue rumination. Cette préparation d'une part et le caractère de décharge de l'attaque expliquant l'impossibilité de la reproduire instantanément.

3 - Les délires chez l'hystérique.

La question du délire des hystériques n'est pas résolue de façon définitive par Janet. S'agit-il toujours de manifestations que l'on peut rattacher à l'Hystérie sur le plan structural ? Ou bien l'état mental est-il alors régi,par d'autres facteurs plus essentiels et qui manifestent une véritable mutation, il est difficile de le savoir.

L'on rencontre certes souvent chez ces malades, par aggravation

des traits habituels, des états d'allure dépressive ou confusionnelle avec possibilité de manifestations somnambuliques, amnésies, guérison momentanée des stigmates habituels (en particulier des anesthésies).

Parfois les phénomènes automatiques s'exagèrent en véritables crises d'allure maniaque.

Enfin, l'on peut voir apparaître des délires plus complexes avec idées de persécution systématisées, hallucinations, surtout auditives, idées de culpabilité.

L'on retrouve dans certains cas à l'origine de ces délires, par hypnose, un souvenir traumatisant. Mais parfois, les choses ne sont pas aussi simples. Il semble que l'évolution se fasse vers une autre maladie mentale. Le délire semble évoluer sur un mode qui ne reproduit pas le devenir de ces manifestations hystériques, d'allure en général stéréotypée et d'évolution cyclique. Le problème du passage de l'Hystérie au Délire n'est pas résolu ni soluble dans la perspective propre à l'étude de l'hystérie.

II - La Pathogénie

1 -"L'hystérie est une maladie mentale" . Cet aphorisme de Charcot est repris à son compte par Pierre Janet.

L'hystérie était mise en question comme maladie au moment où prévalaient les thèses Babinskiennes, après la mort de Charcot. La notion de pithiatisme, en pulvérisant le fait mental hystérique, tendait à le définir par des notions contingentes de mode, en rendant plus ou moins responsable le médecin qui cultivait les symptômes. On définissait alors l'hystérie par la suggestion. Le malade aurait eu une aptitude plus ou moins marquée à reproduire ses troubles par la seule idée qu'il s'en faisait.

Outre que "l'on ne définit pas une chose naturelle par les

conditions de sa reproduction artificielle plus ou moins exacte", l'observation des hystériques montre qu'ils sont loin de se faire une idée précise de leurs troubles. On découvre chez eux à leur insu des anesthésies, des amnésies. Aussi bien, faut-il d'abord savoir ce que l'on entend par suggestion et en particulier les conditions qui font qu'une idée peut agir de façon spéciale sur l'esprit et sur les actes d'un sujet. Autrement dit, lorsque l'on a défini l'hystérique par sa suggestibilité, encore faut-il expliquer cette caractéristique.

2 - Il faut pour parvenir à une conception cohérente de l'hystérie, se situer sur un plan plus analytique. Il faut considérer les différents troubles de l'hystérique par rapport à l'exigence de synthèse personnelle qui définit la conscience normale sur le plan formel et fonctionnel. On parvient alors à une conception qui oppose d'une part la conscience, de l'autre des faits susceptibles d'être dominés par elle ou intégrés, mais qui précisément chez l'hystérique ont tendance à s'émanciper et à prendre une importance qui submerge la vie psychique consciente. C'est la dualité entre la conscience et la subconscience qui régit la possibilité de troubles caractérisant l'hystérie. Mais le subconscient est le lieu seulement d'emmagasinement d'automatismes : souvenirs plus ou moins complexes liés entre eux par contiguité ou par association logique, actes automatisés. Ces différents automatismes, à la faveur d'une faiblesse congénitale de la conscience vont prendre une importance démesurée.

3 - Incapacité de parvenir à une perception personnelle correcte et synthétique, de ramener au sein d'une conscience cohérente toutes les sensations, tous les affects, tous les actes, tous les souvenirs, telle est l'Hystérie, maladie de la Personnalité.

Tous les troubles sont ainsi ramenés au dénominateur commun d'être des "oublis" de la synthèse personnelle. Qu'il s'agisse d'anesthésies, de paralysies, d'amnésies, qu'il s'agisse également des manifestations de l'ordre du tempérament. C'est le rétrécissement du champ de la conscience qui en dernière analyse définit l'hystérie.

C - LES AUTRES NEVROSES

La Psychasténie et l'Hystérie ont été l'objet principal des études de Janet en ce qui concerne les névroses. Il a élaboré en ce qui les concerne une étude synthétique dont nous avons essayé de donner un aperçu.

Il convient d'y ajouter sans s'y attarder : 1 - les Asthénies
2 - La Mélancolie

1 - Les Asthénies

Elles sont caractérisées par l'association de Force et de Tension de bas niveaux.

Les asthéniques se caractérisent par leurs actes peu efficaces, le caractère morose de leurs sentiments, leur absence de capacité émotive. Ils seront enclins aux épuisements à l'occasion d'émotions, d'actes impulsifs qui déchargent leurs réserves et entraînent des psychoptoses.

En raison du besoin d'économiser leurs forces, ils seront enclins à la paresse, éviteront les actions sociales, seront conduits à une existence réservée, secrète et cachottière...

2 - Les Mélancolies

Dans les Mélancolies, c'est l'impossibilité de mobiliser des forces qui crée les symptômes dont le principal est la peur de l'action. Cette abhorration et cette fuite devant l'action entraînent les délires mais également les idées de suicide qui sont la forme absolue du refus de l'action.

III - HALLUCINATIONS ET DELIRES

III - LES HALLUCINATIONS ET LES DELIRES

L'analyse structurale permet de "situer' les différents aspects de l'hallucination et les délires dans une série hiérarchique. Le caractère à la fois hétérogène et progressif de ces troubles justifie une étude commune qui permet d'illustrer les théories Janetiennes dans leur aspect dynamique.

Il sera utile de rappeler certains aspects de la théorie génétique en les précisant pour expliciter cette étude.

C'est ainsi qu'avant de décrire les hallucinations (depuis l'illusion jusqu'à l'hallucination du délire chronique exclusivement), il faut revenir pour analyser le phénomène de perception. Puis à propos du délire de persécution étudier les "conduites sociales".

1 - La Perception

L'objet, nous l'avons vu, commence à être distingué avec le développement des conduites perceptives suspensives. Les actes perceptifs sont des combinaisons, des synthèses, d'un grand nombre d'actes réflexes des stades psychologiques précédents. Les synthèses ont été le produit en partie de réflexes conditionnels et en partie de mutations adaptatives.

Un objet particulier est notre propre corps qui ne se définit pas par des sensations spéciales coenesthésiques, mais par une conduite particulière : il donne naissance à une tendance schématique bien distincte des autres : c'est un objet qu'on ne mord pas, qu'on ne mange pas, qui ne nous frappe pas dont on n'a pas à se défendre, qui provoque les réactions d'introdiction et d'excrétion et surtout qui ne réclame jamais les mouvements de déplacement de tout l'organisme pour être atteint.

Cet objet particulier, le corps propre, est distinct des autres objets. C'est le point de départ de l'extériorité des objets qui se joint à leur caractère distinct. Le processus d'objectivation va donc se poursuivre et se compliquer à partir de ce stade. Au stade intellectuel, la dénomination cherchera à rendre sociales, identiques chez tous les membres du groupe, les distinctions, les objectivations individuelles.

Quels sont les caractères de la perception ?

- l'extériorité la distingue des souvenirs, des représentations;
- l'immédiateté, tout objet déclenchant sous une forme motrice explicite ou sous une forme intentionnelle, l'ensemble des conduites y afférant;
- la précision et le caractère systématique vont de soi;
- l'exclusivité qui interdit la confusion entre deux perceptions;
- la congruence qui permet d'intégrer toute perception au reste de nos croyances relativement à l'objet, à la situation;
- la présence, la certitude, le caractère impératif caractérisant sa liaison à une croyance.

Son caractère irruptif enfin, rend compte du rôle de la perception dans nos actes selon un processus réciproque : l'objet est créé par nos actes, mais il retentit également sur nous pour modifier notre conscience. Le caractère de fécondité de la perception semble montrer qu'elle porte bien sur quelque chose d'extérieur que nous découvrons peu à peu.

2 - Les illusions

Proches des perceptions, elles se rencontrent dans les intoxications correspondant au déclenchement par une excitation de l'appareil sensoriel, de schémas perceptifs à la façon de réflexes conditionnels.

Pendant l'endormissement, il peut se produire des hallucinations hypnagogiques qui réalisent un défilé d'images assez précises qui passent, repassent puis disparaissent. Ce sont des arabesques, des quadrillages géométriques, des fleurs, des figures qui se fondent les unes dans les autres et qui se succèdent indéfiniment. Ces images ont de nombreuses propriétés des perceptions. Il leur manque la possibilité d'information, de perfectionnement que fournit l'image perçue. Il y a de la part du sujet, essais répétés pour parvenir à un acte perceptif congruent. Ce phénomène de l'essai et de l'erreur existe mais plus rapide que dans la perception éveillée. Il est accentué dans le demi-sommeil parce que le sujet est alors dans une attitude " spectaculaire" ou "contemplative". L'effort de réalisation qui préside habituellement à la perception est supprimé et c'est ce qui enlève en partie aux objets leur complète réalité.

3 - Les Hallucinations oniriques.

Les hallucinations oniriques ne peuvent se réduire à des troubles de la perception. Dans les hallucinations hypnagogiques alors que l'on va de l'éveil vers le sommeil, il existe encore une certaine résistance du sujet et une ébauche de réveil des schémas perceptifs acquis. Il y a même tentatives répétées qui donnent aux hallucinations hypnagogiques l'aspect du déroulement continu d'un spectacle.

Dans le sommeil total, les organes sensoriels sont sollicités par de petites excitations périphériques. Mais ces excitations en raison de l'état du sujet n'aboutissent pas à la création de schémas perceptifs. Le sujet n'a même plus l'attitude contemplative encore capable d'une certaine critique. Ilest réduit à des érections de tendances. Il se produit alors ce que P. Janet appelle des réflexes de situations ou perceptions de situations. Ces conduites existent, rapidement ébauchées et éliminées dans la vie éveillée. Mais dans la perception d'un objet distinct, cette part de perception "personnelle" est réduite par l'usage et l'influence de la vie sociale qui nous obligent à avoir des perceptions de situation à peu près quelconques

éveillées probablement par un mécanisme analogue à l'essai des perceptions. L'un ou l'autre s'éveille suivant la force, l'ancienneté de ces synthèses de perception de situation, suivant les dispositions de l'esprit individuel.

Dans les crises somnambuliques, apparentées aux hallucinations oniriques, par leur production au cours du même état de sommeil et donc par le même abaissement de tension psychologique, certaines perceptions de situation deviennent le pcint de départ de ce que Janet appelle des systèmes psycholgiques et que l'on a désigné plus tard comme il le fait remarquer, sans les transformer, sous le nom de complexes, de réminiscences pathologiques. Dans le rêve comme dans le somnambulisme il y a une activation de certaines conduites perceptives. Mais ces conduites subissent dans le rêve des modifications dans le sens d'une symbolisation et surtout d'une dramatisation. Dans le rêve comme dans le somnambulisme il s'agit d'une conduite narrative, le sujet ayant été incapable de mettre l'évènement au passé, de passer au stade de mémoration qui représente une intégration plus achevée de l'évènement.

Ainsi existe-t-il sur le plan d'une analyse structurale qui est parallèle à la psychologie dynamique, une hiérarchie dans les troubles hallucinatoires. De l'illusion (trouble du niveau perceptif) on passe à l'hallucination hypnagogique et à l'onirisme et au somnambulisme, (troubles mettant en jeu des phénomènes plus complexes, de l'ordre de la mémoration et des croyances).

4 - Hallucinations symboliques

Nous voyons le rôle des phénomènes psychologiques supérieurs intervenir dans l'hallucination symbolique de l'obsédé. Nous avons cité l'existence de ce trouble à propos de la psychasthénie, mais il faut ici préciser sa nature dans une autre perspective. On voit intervenir en effet ici un trouble de la croyance. L'obsédé qui essaie de sortir du doute qui est la forme de toutes ses pensées, tente de leur donner une forme plus concrète, de les surréaliser. Ainsi de ce

malade, cité par Janet, qui, obsédé par l'idée d'esclavage se voyait entouré par quatre arbres de la cour de son lycée. L'hallucination signale son caractère obsédant par le fait qu'elle n'est pas temporisée avec précision. Le malade est embarrassé pour préciser à quel moment se situe l'hallucination. On rencontre d'ailleurs chez ces malades une véritable manie des symboles, une tendance à traduire en image, en représentations concrètes, leurs idées et les sentiments.

Le passage peut se faire entre ces hallucinations de caractère obsédant jusqu'à l'hallucination du persécuté. L'hallucination perd sa valeur de symbole et se surréalise en devenant un fait du passé (cf. le tableau concernant les différents degrés de réalités).

5 - Délires chroniques et hallucinations

* Les hallucinations des délirants chroniques posent avec le plus d'acuité le problème de la distinction d'avec un trouble perceptif. En effet, elles ne surviennent pas dans un moment physiologique privilégié comme les hallucinations oniriques ni ne sont limitées dans le temps à des crises comme les hallucinations du somnambulisme. De plus, l'halluciné place apparemment ses hallucinations là où nous plaçons nos perceptions.

Il s'agit donc de critiquer cet aspect de l'hallucination qui la réduirait à être selon le mot d'Esquirol une perception sans objet. P. Janet utilise pour cela les critères de la perception auxquels il confronte ceux de l'hallucination et il constate ainsi que celle-ci est fort différente dans sa forme, d'une perception.

La certitude n'est pas toujours entière. Au moins la forme même de l'hallucination reste imprécise : le sens général des voix est plus volontiers cité que des mots précis.

Le caractère systématique et exclusif de la perception n'est pas toujours net. L'hallucination ne remplace pas la perception. Le

malade garde une conservation de perceptions environnantes. La localisation est souvent vague. Souvent même l'extériorité est supprimée: les paroles sont situées dans le corps, la poitrine, l'estomac. A la limite dans l'hallucination psychique, toute identification avec une perception devient illusoire.

La certitude sociale manque également à l'halluciné c'est à dire cette assurance que les autres sujets autour de lui entendent bien les mêmes bruits.

Enfin, deux caractéristiques sont absents de l'hallucination et les différencient des perceptions.

- d'une part, elles ne se situent jamais dans le présent, elles sont toujours très vaguement localisées dans le temps et toujours antérieurement au moment présent;

- d'autre part, elles n'apportent au sujet aucun caractère, d'information,de nouveauté. Elles ne contiennent rien de nouveau, elles ont toujours le caractère de répétition des mêmes mots, des mêmes insultes, des mêmes intentions sans "invention".

C'est pourquoi, mettant au premier plan le caractère "relationnel" de l'hallucination, l'importance des hallucinations auditives qui correspond au fait que les jugements interpersonnels ont pour véhicule le langage, Janet situe l'hallucination à un niveau beaucoup plus élevé que les troubles de l'acte perceptif. En fait, il s'agit d'un trouble des conduites sociales et c'est à ces conduites qu'il faut se référer si l'on veut élucider tant les délires que les hallucinations.

Cette étude peut se faire à deux niveaux qui marquent les stades morbides dans la génèse du trouble hallucinatoire et délirant. Il faut étudier les perturbations des sentiments, puis les troubles des conduites sociales.

A - Les troubles des sentiments dans les délires

Les sentiments ne sont qu'une régulation de l'action. Par conséquent, ils seront un reflet de l'activité générale du sujet, du mode d'utilisation de ses forces, du niveau de sa tension, etc... En considérant les sentiments dans cette perspective, Pierre Janet rejette du même coup de sa perspective dynamique toutes les considérations sur une éventuelle coenesthésie pour expliquerune certaine façon de se sentir et d'être au monde. Les troubles coenesthésiques sont une explication trop vague et inaccessible à toute vérification, une hypothèse assez indifférenciée pour pouvoir servir à tous usages et c'est pourquoi l'étude plus fine et plus précise des sentiments et de leur sens parait une voie plus adéquate dans l'abord des délires.

Certains sentiments sont assez communs chez le persécuté. Sentiments d'intimidation, de haine et de jalousie. Une élaboration progressive peut se faire vers le délire et les sentiments deviennent plus pathologiques dans le sentiment du vide (aspect de l'incomplétude du psychasthénique), d'emprise d'imposition, de vol, de pénétration, de dédoublement.

Quel est le sens de ce trouble global du vécu du sujet que Pierre Janet analyse avec beaucoup de précision et de finesse ? Dans l'ensemble, ils accompagnent la dépression mentale c'est à dire toutes les formes de l'inadéquation énergétique du sujet au monde, dans le sens d'un manque. Ces différents sentiments ratifient cette inadéquation, la situent dans la subjectivité comme une perte de la cohésion personnelle, un émiettement de la personnalité qui devient susceptible de rapts partiels, d'intrusion, d'automatisation, d'emprise.

Toutefois, pour aussi fine que soit l'analyse qualitative de ces différents aspects subjectifs, elle ne peut rendre compte de l'idée d'extériorisation contenue dans le délire de persécution. En effet, comme le dit Pierre Janet, il ne faut pas confondre le malade qui dit " ce n'est pas moi qui marche", (manifestant ainsi son sentiment de

dépersonnalisation dans la perte de l'appartenance de ses actes et leur intégration à sa personnalité) et celui qui dit "on me fait marcher" (signifiant ainsi une intentionnalité persécutrice extérieure à la sienne).

B - Les troubles des Conduites Sociales

Comment passer de la perturbation des sentiments au délire proprement dit ?

Les explications par "l'explication" du type logique ou par le refoulement paraissent à Pierre Janet ne pas rendre parfaitement compte du phénomène. En effet, on peut supputer que le malade proposerait aux autres et à lui-même une sorte d'interprétation de son propre trouble, interprétation d'ordre logique. "Je ne sens pas que je marche, ce n'est pas moi qui marche, donc c'est que l'on me pousse à marcher malgré moi". Ces explications par le haut, par les intentions presque philosophiques des malades ne paraissent pas rendre compte de la réalité beaucoup plus élémentaire des faits, beaucoup plus proche d'un trouble de la personnalité du sujet. L'hypothèse du refoulement, c'est à dire d'une objectivation par la conscience dans la mesure où elle ne peut accepter le sentiment comme tel, pour être plus séduisante est également rejetée avec l'idée d'un passage du subconscient au conscient de l'inversion des sentiments, etc...

Comment rendre compte de ce phénomène de l'objectivation sociale intentionnelle ?

Il faut partir de l'analyse des conduites sociales, c'est à dire des conduites complexes qui ont lieu dans la duplicité du sujet et du socius. Ces conduites sociales, nous l'avons vu, sont des conduites du niveau supérieur, elles sont difficiles, exigent une tension psychologique élevée mais il est un caractère encore plus important et qui tient à leur origine. En effet, elles sont nées des actes de commandement et d'obéissance qui réalisent une sorte de partage de l'action unique entre deux partenaires dont l'un commence l'action et

l'autre la mime et la termine. Dans l'acte de commandement il y a déjà une part de l'action, de même que dans l'acte d'obéissance elle n'est pas toute entière. Toutes les conduites sociales contiennent toujours un mélange de la conduite du sujet et de la conduite attribuée par lui au socius. Il existe une période de confusion importante entre l'acte du sujet et l'acte du socius.

Ainsi la jalousie est en même temps une tendance à l'accaparement. Le jaloux ne peut supporter que les autres fassent avec succès une action indépendante de la sienne. Le jaloux a d'ailleurs peur d'être jalousé, ce qui est une crainte d'être lui-même dépossédé se son acte.

" On ne peut pas regarder quelqu'un, écrit P. Janet, sans avoir la représentation qu'il nous regarde, on ne peut pas suivre quelqu'un sans l'idée qu'il pourrait nous suivre; on ne peut pas mépriser, haïr, insulter quelqu'un sans la représentation qu'il nous méprise nous hait ou nous insulte".

Le caractère dual des actes sociaux a donc un caractère profond, historique, psychogénétique.

Dans la vie se:pose couramment donc un problème de répartition des actes,de la part qui revient dans nos actes, à nous-mêmes, au socius, à l'imaginaire.

L'objectivation sociale intentionnelle va donc correspondre à un retour historique, en particulier à une mutation régressive du socius en "personnage" dont nous avons étudié les caractères à propos du stade aséritif. Ce personnage est doué d'intentions, de pouvoirs.

C'est à propos de l'angoisse que va se produire l'objectivation sociale. L'angoisse est en elle-même objectivante car elle n'est pour Janet qu'une réaction d'échec face à la difficulté opposée par

la réalité, par conséquent elle est par nature même située à l'extérieur de la personne dans le mouvement même qui la crée. Cette angoisse crée un sentiment de péjoration sociale par application aux actes du socius de la réaction d'échec mélancolique.

Dans le cas où il y a simple projection, la répartition des actes entre socius et sujet n'est pas perturbée et reste correcte, il n'y a alors ni hallucination, ni sentiment d'emprise. Par contre, lorsque la péjoration des actes se combine avec les fausses objectivations des actes sociaux mal répartis, lorsque des actes qui devraient être localisés dans la pensée du sujet ont été attribués au socius, ces actes faussement localisés deviennent le point de départ des croyances et du personnage. C'est ce qui joue un grand rôle dans l'hallucination du persécuté.

Le Délire est donc d'abord conditionné par une baisse de la tension psychologique . C'est au cours des Psycholepsies que l'on assiste à une modification des sentiments et que deviennent possibles des expériences d'intrusion, de perte de l'unité personnelle du sujet.

L'angoisse objectivante est un autre aspect de cette baisse de tension psychologique. Elle situe immédiatement le trouble dans la relation perturbée du sujet par rapport aux membres sociaux. Elle est dans le mouvement même de l'échec par rapport aux instances de la réalité. L'objectivation Sociale Intentionnelle, sorte d'examen de conscience par l'autre, projette hors du sujet dans ce qui l'entoure, la rumination anxieuse.

Ces différents moments du délire analysés comme séparés sont en réalité vécus dans la simultanéité à partir du moment où s'installe l'abaissement de la tension psychologique.

Le délirant est d'abord un malade social, celui qui n'a pu régler ses actions et ses paroles et situer les actes et les paroles d'autrui. Son commerce social est vicié. Le trouble hallucinatoire du délirant persécuté n'est pas ailleurs que dans le malaise intersubjectif qu'il exprime clairement.

IV - LA MEMOIRE ET LE TEMPS

IV - LA MEMOIRE ET LE TEMPS

Les études sur la Mémoire et le Temps ont été regroupées dans le cours de 1928 au Collège de France "l'Evolution de la Mémoire et de la Notion de Temps".

La durée

Contrairement aux thèses Kantiennes héritées de Leibnitz et reprises par la suite en particulier dans la pensée de Mach, le temps n'est pas une sensation primitive et consubstantielle à la vie. La durée n'est pas liée aux différents phénomènes biologiques (rythmes viscéraux) dont elle serait le reflet dans la conscience. Pour comprendre le sentiment de durée, il faut le concèvoir comme une régulation des différents actes qui jalonnent le temps. Il n'y a pas de durée pour le dément ou le grand asthénique incapables de faire les actes de commencement et de terminaison, incapables de susciter en eux-mêmes des conduites de continuation.

Les actes primaires, explosifs réflexes, ne sont pas en rapport avec le temps. Il faut que l'acte se décompose, devienne suspensif pour que la temporalité s'y introduise.

L'effort de continuation de l'acte sous-entend le sentiment de durée qui n'existe pas sans lui .

Ce décalage entre le fait objectif de durer et le sentiment que l'on a de l'écoulement du temps, est une introduction à la compréhension des troubles du sentiment du temps vécu. Si la durée était une pure émanation du biologique on ne comprendrait pas les vicissitudes du sentiment de durée, en particulier dans les troubles mentaux.

La psychologie de la durée doit donc étudier les actes de commencement et de terminaison, les actes de continuation.

Les troubles du commencement se résument dans le misonéïsme du psychasthénique chez qui la difficulté de commencer un acte entraîne des obsessions, des phobies, des rituels divers qui entraînent eux-mêmes un sentiment de répulsion pour tout acte nouveau.

Les troubles de la terminaison se concrétisent dans l'incapacité de mettre un terme aux actions par des sentiments d'échec ou de triomphe. Dans les deux cas, bien entendu, un problème d'utilisation d'énergie se pose en rapport avec le démarrage et le freinage de l'acte, problème d'utilisation des forces et de la tension.

De même le sentiment d'effort qui sous-tend la notion subjective de durée implique une permanence de l'utilisation des forces sous une certaine tension.

Ces conduites élémentaires relatives à la durée se compliquent au cours de leur socialisation. Mais elles gardent au fond la même valeur; en particulier toutes les conduites de cérémonie sauvegardent les actes de commencement, de terminaison.

La Mémoire

Nous avons déjà étudié la mémoire au passage, en tant qu'acte intellectuel, apparaissant au cours du développement en même temps que le langage, comme complication de l'absence et de l'attente. Elle naît de la nécessité des conduites du récit. Elle n'est donc nullement à l'origine de la notion de temps qui est liée à la durée.

Au cours de l'évolution la mémoire va subir les vicissitudes du langage. D'abord récit, narration, elle va se perdre dans l'inconsistance qui caractérise le langage. Cette inconsistance disparaît au moment où devient possible le sentiment de Présent. On sait que le présent

comme sentiment vécu est en rapport étroit avec la fonction du réel qui comporte celle de présentification. C'est un stade déjà avancé de l'évolution. A partir de la notion du présent, l'avant et l'après vont pouvoir se situer dans une hiérarchie des degrés du réel. La fonction de la mémoire achevée sera affectée de cette nécessité de situer les souvenirs selon un certain degré de réalité.

C'est ainsi que la Mémoire devient fonction d'intégration par rapport à la synthèse de la Personnalité.

En pathologie, on peut distinguer différentes atteintes. L'impossibilité de toute mémoration est le fait des idiots. Incapables de l'acte du récit, ils sont ramenés au stade de l'animal et ne peuvent avoir que des habitudes (ce qui démontre que la mémoire n'est pas une simple tendance à la conservation et à l'emmagasinement du vécu).

Dans les démences il peut y avoir soit incapacité de former un souvenir, soit incapacité de le remémorer. Cette perte complète de la mémoire est l'amnémosynie. Dans d'autres cas, l'impossibilité de mémoration (c'est à dire de continuer à accroître le stock de souvenirs) ne s'accompagne pas d'une perte de la remémoration. Cela donne lieu au tableau de certaines démences séniles : amnésie de fixation, désorientation mais évocation mnésique possible avec conduite de radotage. L'ordre dans lequel les souvenirs disparaissent obéti à la loi de Ribot.

Il faut distinguer des amnémosynies les amnésies qui sont une incapacité de remémoration dans certaines circonstances. Amnésies des somnambules incapables de se souvenir à l'état éveillé des conduites automatiques qui font la substance de l'état somnambulique. Il s'agit chez eux en général d'un système de souvenirs souvent localisés à une époque particulière. L'ensemble du vécu n'est pas remémoré par la conscience vigile. Il n'y a pas organisation de la conduite en souvenir. Le récit n'a pas été ébauché. La conduite réapparait à l'état brut, hors de la conscience dans la dynamique propre à un système associatif émancipé. Le processus thérapeutique doit parvenir à transformer cette conduite en récit.

Dans d'autres cas, l'amnésie ne porte pas sur une période passée mais il existe pour le moment même où l'on examine le sujet : amnésies rétrogrades immédiatement secondaires à des chocs, à de grandes émotions et qui portent de façon élective sur la période qui a précédé l'évènement déclenchant. De même, les amnésies des états épileptiques, des confusions mentales, atteignant le souvenir du moment où se développe à son acmé un trouble mental grave. Dans ce cas, l'amnésie s'explique par l'impossibilité où se trouve le sujet d'organiser un souvenir, d'ébaucher même une possibilité de récit futur.

Ces amnésies rétrogrades peuvent se combler mais jamais de façon totale. Il y a réapparition partielle de souvenirs, en commençant par les plus anciens par rapport à l'évènement déclenchant.

Parfois, les amnésies peuvent être continues : amnésie de fixation du syndrome de Korsakoff qui est une incapacité d'intégration du moment présent à la personnalité, trouble majeur de la présentification.

L'organisation du Temps

Les problèmes sur l'organiation du Temps vont s'ordonner autour des concepts anthropologiques du temps destructeur, conservateur ou créateur.

C'est secondairement à une situation des phénomènes temporels dans la hiérarchie des degrés de réalité que se fait jour l'abstraction d'un temps vide qui a pour modèle l'espace. Ces données ne sont plus en rapport avec les études psychopathologiques et c'est pourquoi nous ne les développerons pas ici.

V - LES MECICATIONS PSYCHOLOGIQUES

V - LES MEDICATIONS PSYCHOLOGIQUES

Les Principes et les Applications des traitements des troubles psychiques sont établis dans l'ouvrage exhaustif que représentent "les Médications Psychologiques". On en trouve un aperçu résumé dans "La Médecine Psychologique".

Janet a analysé les origines des traitements psychologiques qu'il a trouvées dans les guérisons miraculeuses, les traitements philosophiques et les traitements par moralisation médicale. A ces différentes tentatives il reproche surtout de ne se fonder sur aucune analyse psychologique sérieuse. Il est bien possible qu'inconsciemment la guérison par le miracle soit une guérison par la suggestion; que les traitements philosophiques et en particulier ceux issus de la Christian Science ont ouvert la voie aux traitements psychologiques et qu'enfin les traitements par la moralisation aient pu agir par de nombreux procédés allant de la suggestion au rôle de la vie affective. Ce qui importe, c'est de parvenir à une connaissance suffisante des mécanismes psychologiques pour pouvoir utiliser à bon escient tel ou tel type de médications psychologiques.

Les Principes des traitements

Les maladies mentales sont considérées sous l'angle énergétique. Tout malade est un bilan d'énergie.

L'on doit, à partir des signes qu'il présente le classer dans un des types de Névroses et en considérant les éléments de sa biographie en détail, parvenir à une connaissance exacte de ses réserves, de ses dépenses.

Toutes les méthodes thérapeutiques vont consister par des biais

différents à agir sur ce bilan énergétique dans un but d'équilibration.

Les moyens peuvent être très différents. Economies par le repos, augmentation des réserves par l'acquisition de tendances nouvelles, soulagement de l'effort par les utilisations de l'automatisme, rôles divers des médications, etc... Dans tous les cas c'est l'instance énergétique qui préside aux principes de ces traitements. Même les particularités des rapports entre le thérapeute et le malade sont conçues sous cet angle économique. Les rôles de direction sont une économie pour le malade, une façon d'être soulagé de l'effort de décider.

Plutôt que d'étudier ces différents traitements sur un mode analytique peut-être convient-il de faire une synthèse en examinant les méthodes propres à agir dans chacune des formes morbides prise isolément.

1 - Traitement de l'Asthénie

L'asthénique est un pauvre sur le plan des réserves, des possibilités d'utilisation des forces et des capacités de mise en tension. Tension faible. Force faible. Ses actes sont donc de bas niveau, équilibrés mais sans grande efficacité.

Le traitement de l'asthénique va répondre à trois impératifs :

- Augmenter les revenus (c'est à dire les réserves), diminuer les dépenses, liquider les dettes.

1 - Augmentation des réserves.

Les possibilités d'augmenter les réserves dont la nature exacte ne peut être connue, résident dans des mesures d'hygiène. Le sommeil en particulier doit être une de ces actions aptes à reconstituer les réserves de forces psychologiques. On doit donc veiller à sa régularité et à sa qualité.

Les techniques du repos sont également utiles. On a pu préconiser également des méthodes diététiques propres à agir sur les états d'asthénie. Les procédés médicamenteux seront plutôt à base de vitamines diverses susceptibles d'agir sur les anabolismes, ou d'insuline à faibles doses. Les médicaments excitants du système nerveux sont contrindiqués car ils émiettent l'énergie qui ne peut se réinvestir dans des actes de tension élevée.

2 - Diminuer les dépenses.

Réaliser des économies psychologiques est une dominante du traitement.

L'asthénique doit éviter toute déperdition liée à des facteurs somatiques divers. En particulier, il doit éliminer rapidement toutes les affections anergisantes chroniques, les troubles digestifs, les troubles visuels (correction de la déperdition d'énergie liée aux vices de réfractions oculaires.....). Il doit éviter les différentes actions sociales fatigantes ou savoir les rendre inoffensives. Dans cette perspective se situent les traitements par l'isolement, destinés à séparer le malade d'un entourage fatigant pour lui. Janet envisageait dans certains cas l'indication du divorce... Il faut parvenir, par action sur l'entourage ou sur le malade à liquider les conflits affectifs ou autres, sources de déperdition permanente d'énergie.

L'étude particulière du travail du malade doit être faite aussi bien en ce qui concerne l'effort physique que le rythme ou les conditions de l'environnement dans lequel le labeur s'effectue. On peut dans bien des cas avoir à conseiller un changement de métier ou d'emploi. Ces considérations font appel à de véritables connaissances psychotechniques concernant le travail des névrosés.

3 - Liquidation des dettes.

Il faut d'abord savoir qu'un asthnique peut apparaître dans un état actuel d'énergie satisfaisant parce qu'il a fait appel, momentanément, sous l'effet de l'émotion à des réserves. Cet appel va être suivi après une période d'activation factice où le malade vit au-dessus de

ses ressources réelles, d'une période d'épuisement qu'il faudra prévenir en agissant d'avance sur la recharge des réserves.

Mais il faut surtout liquider les réminiscences traumatiques. En effet, on peut facilement déceler dans la vie des malades des situations ou des souvenirs qui n'ont pas été liquidés moralement. Pour tous ces actes, le sujet est resté dans une situation complexe, difficile source de fatigue nerveuse. L'on doit le faire parvenir au stade de liquidation morale, stade de triomphe. Bien souvent, cette liquidation va consister en une organisation cohérente du souvenir. L'évènement au lieu d'être une tendance à réveiller une série d'affects qui par leur actualisation déclenchent des actes complexes, va devenir un souvenir historique dénué de retentissement importun. Le processus de mémoration réintègre ainsi le souvenir traumatisant à sa place par rapport à la conscience. Il est utile parfois de recourir à l'hypnose et même à la suggestion pour retrouver d'abord le souvenir traumatisant et pour le modifier ensuite peu à peu. L'on peut citer ici le cas de Marie, guérie d'une cécité de l'oeil gauche par hypnose qui permit de retrouver le souvenir traumatisant qui était d'avoir dormi près d'une enfant atteint de gourme, puis, par suggestion qui imposa l'idée que l'enfant en question était indemne.

Dans d'autres cas, il faut, pour parvenir à une élimination du souvenir traumatisant, pratiquer une véritable dissociation de l'idée fixe. C'est le cas de Justine atteinte d'idée fixe du choléra que l'hypnose révéla être en rapport avec le souvenir de cadavres de cholériques. Pierre Janet parvint à modifier la scène traumatisante, en recréant les circonstances originelles et en modifiant le cadavre qu'il habilla en général chinois et modifia jusqu'à faire disparaître l'idée et le nom même de choléra du souvenir de la patiente.

Cette liquidation des dettes consiste à faire perdre aux systèmes subconscients leur capacité à s'émanciper et à venir submerger la conscience. Elle les fait émerger et leur permet d'être situés au sein d'une conscience claire et synthétique.

2 - Traitement de l'hypotonie

L'hypotonie réalisée avant tout par la psychasténie (Forces abondantes, Tension faible) va réclamer deux ordres de mesure. D'une part, il faut agir sur les dérivations qu'il faut parvenir à faire disparaître et d'autre part, atteindre la Tension Psychologique pour essayer de la rehausser.

1 - Action sur les dérivations.

L'on peut agir sur les dérivations en agissant sur les forces et en pratiquant des décharges de celles-ci. C'est la thérapie des décharges. Ces décharges parfois réalisées spontanément (maladies anergisantes, fatigues épuisantes occasionnelles) doivent se rechercher dans des activités intenses (sports violents, marches prolongées, activité physique très dure, etc...). On peut également agir par certaines médications comme le Bromure par exemple qui agirait sur les forces en excédent. Par contre, le repos est une mauvaise méthode de traitement dans ce cas. En permettant une recharge des réserves, il augmente les Forces qui peuvent se perdre à nouveau dans des dérivations diverses, des angoisses, etc...

2 - Action sur la Tension Psychologique.

Elle consiste essentiellement dans les traitements par excitation et stimulation.

L'on doit souligner ici le rôle des rééducations, de l'ergothérapie, des principes tendant à l'exercice de la mémoire, de l'attention. Cette stimulation va permettre de drainer les forces latentes non utilisées dans les dérivations que l'on aura su éviter et à les intégrer dans des actes de tension psychologique plus élevée.

On peut utiliser les excitants médicamenteux (alcool, café, strychnine) ce qui est une tendance d'ailleurs souvent spontanée des malades. En général le déplacement d'énergie réalisé par l'excitation est temporaire et peu économique.

Un procédé plus complexe est celui qui consiste en l'acquisition de techniques grâce à l'entraînement. Il s'agit de faire parvenir le sujet à une sorte de placement psychologique qui lui permettra par la suite d'investir ses forces dans des actes de plus en plus complexes.

3 - Traitement de l'Hystérie

L'Hystérie est avant tout le domaine des traitements par hypnose et par suggestion. Cela tient à la structure hystérique même/

C'est par hypnose et par suggestion que l'on parviendra à traiter efficacement les différentes manifestations, paralysies, anesthésies, troubles du champ visuel. Nous avons déjà vu les applications de l'hypnose aux réminiscences traumatiques.

L'utilisation de l'automatisme permet d'obtenir du malade des actes d'intensité efficace souvent supérieure à ceux qu'ils sont capables d'exécuter en pleine conscience. On peut réduire ainsi les troubles moteurs, les paralysies surtout mais également des troubles physiologiques. La suggestion permet le développement d'actes volontaires que le malade ignorait pouvoir faire, ce qui accroit la tension psychologique. L'élimination des angoisses, des désespoirs, l'établissement de sentiments de confiance par suggestion disposent le malade à la guérison, mieux que ne l'auraient fait des exhortations.

Les méthodes d'activation, de rééducation peuvent parfaire l'action de l'automatisme lorsqu'il s'agit de troubles fonctionnels.

EN RESUME

1 - Les médications psychologiques se fondent avant tout sur une conception énergétique de la maladie mentale et sur une définition fonctionnelle des troubles. L'énergétisme est la voie d'abord thérapeutique comme il a été le concept privilégié des figures morbides.

Cela limite bien entendu la partie de cette thérapeutique car la notion de quantité implique l'idée d'une limite d'action possible.

2 - Le rôle important donné au subconscient suscite quelques commentaires. Le subconscient est en effet considéré comme un lieu dynamique, pulsionnel dont les manifestations plus ou moins intempestives sont l'objet de réajustements sous la forme de suggestions souvent arbitraires. On est frappé par le fait qu'il n'y a pas eu souci chez Pierre Janet d'essai anthropologique d'étude de ce subconscient ni d'essai de hiérarchisation. C'est un lieu de hasards ou les systèmes associatifs ne sont que des négativités et n'ont pas de rôle génétique, où l'on peut effectuer des sortes de manipulations, de remplacements plus ou moins cocasses. L'essentiel reste les instances conscientes qui ont le rôle synthétique et de mise en ordre.

Ceci nous conduit à envisager les conclusions de ce travail.

C O N C L U S I O N S

Notre propos n'était pas de parvenir à un développement exhaustif de l'oeuvre de Pierre Janet, mais, à travers une étude schématique des bases théoriques et des figures sémiologiques, de préciser les limites du Janétisme comme doctrine.

Pierre Janet passe en effet souvent pour un observateur méticuleux ou pour un conférencier magistral. Sous le pittoresque des observations cliniques, derrière cette fluidité et cette apparente maïeutique, apparait une construction théorique cohérente, un véritable système dont il nous faut en guise de conclusions, essayer de cerner le sens, la valeur et peut être les failles. Il est opportun de rappeler à cette occasion quelles sont les sources de l'oeuvre. Puis de parvenir par le biais de l'analyse de la conception de la maladie mentale, des modèles sémiologiques que cette psychopathologie suscite, à un regroupement des éléments positifs et des lacunes. Ces considérations nous permettront de conclure non pas en ayant épuisé le sens de l'oeuvre, mais en la situant par rapport aux courants de la psychopathologie moderne.

LES SOURCES

1 - L'anticartésianisme de Janet, son souci de parvenir à une psychologie qui rende compte des données les plus biologiques ont trouvé dans le Behaviourisme l'essentiel, la substance même de la doctrine. L'influence de Watson, de Mac Dougall, de Baldwin fut considérable.

2 - Il faut lier à ce courant d'influence, l'Evolutionnisme et en particulier la psychologie évolutionniste de Spencer.

3 - La sociologie de Levy Bruhl, et surtout les études sur la mentalité primitive a grandement influencé l'oeuvre, notamment dans ses aspects génétiques.

Sans doute la conjonction de ces courants a-t-elle donné à la psychopathologie Janetienne ce caractère quelque peu général, elliptique, situant le malade dans une perspective objectivante, faisant de lui avant tout le signe historique d'une loi adaptative qui le dépasse.

4 - Le positivisme d'Auguste Comte rend compte à la fois de l'optimisme prométhéen scientiste qui colore l'oeuvre et de la hiérarchie des étages sociaux les derniers stades étant ceux d'une assomption aux possibilités de l'homme savant, expérimentateur et moral en même temps que conscient de sa propre histoire.

5 - La neurophysiologie apparait davantage à travers Sherrington que sous l'égide de Jackson. Malgré les possibilités qu'auraient pu apporter un parallélisme organo-psychique dans une perspective Jacksonienne, Pierre Janet semble avoir résolument annulé toute tentative d'affrontement des concepts. Cela résulte avant tout du choix délibéré de fonder un langage qui fut psychologique et du souci d'éviter un parallélisme naïf. L'idée d'une causalité de niveau organique des troubles n'en est pas moins affirmée avec beaucoup de vigueur. Mais elle reste pétition de principe.

6 - Enfin, l'influence du pragmatisme de W. James, des conceptions dynamistes de Maine de Biran, des théories Bergsoniennes furent indiscutables.

7 - Ces courants historiques de pensées amalgamées et remodelées dans une expérience clinique considérable nous semblent avoir été décisifs. Il ne faut cependant pas oublier que Pierre Janet a succédé à Théodule Ribot au Collège de France et tenu compte de son enseignement, ainsi que de l'influence de Charcot son maître à la Salpètrière.

LA MALADIE MENTALE SELON JANET

La maladie mentale est avant tout vue sous la catégorie de l'insuffisance, de l'infériorité. S'il est vrai que cette notion fonde à priori toute médecine et donc toute psychiatrie par définition, cette catégorisation de l'aliéné par rapport au normal, comme inférieur, est particulièrement nette.

Plusieurs considérations concourent à ce résultat; d'une part, l'éradication du monde du malade, de toute possibilité d'assomption aux stades terminaux de l'Evolution (les stades expérimental, ergétique, progressif lui sont interdits). D'autre part, le rôle supposé de l'hérédité conforme aux idées sur la dégénérescence malgré certaines critiques de celle-ci comme donnée opérationnelle. Enfin, le lieu même où se situe le trouble aliénant pour Janet c'est à dire la capacité adaptative proprement dite, l'action sur le réel et la possibilité d'une coopération sociale, signalant le trouble mental comme insuffisance essentielle dans une perspective comparative et relationnelle. Il n'est pas certain que cela soit implicite dans toute psychopathologie. Ce qui se perd chez Janet c'est le fil conducteur antologique, de l'ordre d'une compréhensibilité des troubles. La causalité n'est pas dans un drame vécu ou dans une perturbation historique plus ou moins enfouie chez le malade lui-même. Elle est plus lointaine intangible, historique pour l'espèce ou pour la lignée, irréductible en termes ontologiques. Les modèles énergétiques qui en sont le reflet ou l'expression la plus proche de l'observateur, ne permettent ni compréhension ni action autre que très "en surface".

Cela revient donc à catégoriser le malade mental sans qu'il puisse naître de son étude la notion d'un drame ontologique. Ou bien le drame n'est qu'un relfet perceptible d'un "raté" du développement historique adaptatif. Cela suppose et impose tout à la fois une certaine distance médecin-malade, une vision psychopathologique très générale, plus soucieuse finalement de structures d'ensemble que de modèles compréhensifs.

CARACTERES DE LA SEMIOLOGIE JANETIENNE

Une sémiologie des maladies mentales doit parvenir à partir d'un ensemble symptomatologique à déceler des signes souvent sans rapports évidents avec le trouble considéré. L'intérêt du signe et de sa connaissance réside dans son caractère hétérogène par rapport au trouble qu'il désigne. En pathologie mentale il semble qu'on ne puisse échapper à la règle d'une certaine réduction qui permette d'aller vers un sens que le trouble n'exprime pas directement. Une monoplégie hystérique est autre chose que le déficit de la fonction motrice qu'elle parait d'abord impliquer. C'est le déchiffrement qui fait la substance de l'analyse sémiologique psychiatrique plus que de tout autre. Cette orientation vers un travail de décryptage la justifie à être autre chose qu'une description pure et simple.

Chez Pierre Janet, cette "traduction" du signe est réduit au minimum. Il s'agit plus souvent dans le choix des figures sémiologiques d'une paraphrase du trouble essentiel supposé. Ainsi, la Psychasthénie est définie par une atteinte de la fonction du réel ce qui reste en gros applicable à tous les troubles mentaux. Les figures sémiologiques qui illustrent l'entité morbide, sentiments d'incomplétude, obsessions, agitations forcées, ne sont jamais perçues comme pouvant renvoyer à d'autres significations qu'à celle du trouble basal supposé. Cette continuité par degrés ou par lien logique rend lasémiologie janetienne assez monomorphe. Lui-même écrivait que l'hystérie n'est au fond qu'une forme de la psychasthénie. Et en effet, les amnésies les paralysies, les crises somnambuliques sont tous réduits au dénominateur commun du défaut de synthèse personnelle qui rejoint les considérations sur la fonction de présentification. L'analyse du délire, de l'hallucination finit par fonder ces troubles sur des perturbations des conduites sociales ce qui revient à croire les malades sur la nature même de leur maladie et à étudier celle-ci dans une approche assez extérieure.

Dans la psychopathologie Janetienne, la notion de structure domine tout autre aspect.

ASPECTS POSITIFS ET LIMITES DE L'OEUVRE

1 - L'étude du champ de la conscience est un apport fondamental de la psychopathologie Janetienne. La description des phénomènes de perception du présent, de la réalité concrète, de sa propre personne, en même temps que doivent être situés selon leur différents degré de réalité les différents souvenirs, représentations imaginaires, etc... représente une notion fondamentale. Elle permet une base d'étude irremplaçable dans tous les états d'atteinte de la conscience vigile, grâce à un cadre précis. Il semble que cette étude structurale de la conscience ait influencé les analyses organo-dynamistes de Henri Ey sur les destrusturations aiguës ou subaiguës de la conscience.

2 - Les considérations génétiques, les notions de stades de développement, de régression ou de stagnation ont accrédité de façon non négligeable en psychiatrie l'idée de structure. En particulier les analyses sur les croyances et leur rôle aux stades moyens les plus riches de conséquences morbides, en dynamisant les structures ont permis de faire admettre la possibilité de mutations dans les états morbides. Ainsi s'esquisse chez Janet une psychopathologie des "passages" de la névrose au délire qui est très féconde.

3 - Dans ses études sur l'hallucination et le délire, la notion "d'angoisse objectivante" en faisant échapper le délire à des analyses formelles d'ordre logique et en le situant dans le même moment que l'angoisse elle-même, comme constitutif de celle-ci nous parait être une analyse hardie et très actuelle.

4 - La description des Névroses dans le cadre d'une prise de la personnalité entière au sein du trouble, le rôle qu'il attribue dans sa description au tempérament nous semble également avoir une résonnance féconde et moderne.

5 - Les études sur le temps apportent une mise en ordre précieuse aux notions de durée et de troubles mnésiques. En ramenant la mémoire à sa fonction en la situant dans un rôle propre à contribuer à l'ensemble de la personnalité, Pierre Janet a réussi à lui rendre sa place à la fois dans sa génétique psychologique et dans son dynamisme permanent.

Il nous est apparu utile de mettre en évidence de façon arbitraire les aspects les plus actuels de l'oeuvre de Pierre Janet. Une certaine critique s'impose toutefois qui permet de mesurer peut être et de définir les faiblesses de sa psychopathologie.

1 - Nous avons déjà évoqué l'absence du souci de "réduction" (au sens phénomènologique) dans l'étude des signes de maladies mentales.

2 - On reproche à Pierre Janet une méconnaissance des forces de l'Inconscient. Nous ne ferons pas le parallèle entre Freud et Janet car il nous parait sans aucun fondement. L'idée d'instances inconscientes est absolument étrangère à la Psychopathologie Janetienne. Le mouvement même de la pensée de Janet interdisait par exemple au sein d'actes conscients impliqués dans une structure dynamique, l'apparition d'émanations hétérogènes non réductibles à des considérations énergétiques. Cette idée même ne pouvait s'adapter à l'ensemble de la stratification génétique.

3 - Par contre, il semble qu'on puisse reprocher à la conception énergétique d'avoir négligé un paramètre, celui de la Force. Si en effet la Tension psychologique est nettement définie dans son rôle de soutien des structures, la nature de la Force reste quelque peu énigmatique. Il n'est pas fait d'allusions à une interprétation biologique mettant en cause des forces instinctives pulsionnelles. D'ailleurs il n'est pas explicite dans l'oeuvre, qu'il existe une opposition entre Tension et Force, celle-ci devant être dominée et intégrée par celle-là. C'est pourquoi, les aspects modernes de la

neurophysiologie ne peuvent recouvrir exactement les modèles de la psychologie dynamique. La Tension psychologique peut correspondre aux données sur la conscience vigile, sur le système réticulé activateur. La notion de psychologie qui correspond à une baisse de tension évoque assez exactement les données expérimentales ou théoriques sur les troubles de la vigilance. Par contre, il est assez peu probant de rapprocher la notion de Force des données relatives aux systèmes diencéphaliques ou rhinoencéphaliques en raison du caractère indifférencié de cette donnée.

Il semble bien que le choix d'un langage psychologique ait éloigné Pierre Janet des problèmes neurophysiologiques et l'ait détourné d'envisager la possibilité d'une confrontation de ce type.

4 - Enfin, il est possible d'expliquer le caractère assez général et objectif de la psychopathologie Janetienne par le choix de sa théorie génétique. En effet, ses modèles lui ont été fournis par la sociologie de Levy-Bruhl, la psychologie évolutionniste de Spencer, mais la psychologie infantile ne l'a inspiré que de façon assez lointaine. Il a méconnu la notion de relation parent-enfant comme modèle social. C'est ce qui donne un caractère assez abstrait à ses considérations sur les relations interpersonnelles et au rôle du socius. Sa psychologie reste assez indifférenciée quant aux possibilité d'une histoire qui ne soit pas seulement celle d'un spécimen de l'espèce humaine mais celle d'une personne. L'idée d'une naturation de la personnalité à travers une succession de conflits affectifs est absente des perspectives Janétiennes en raison même du choix primitif d'une biographie réduite aux extérieurs d'une adaptation biologique et sociale de type indifférencié et général.

En soulignant ces aspects positifs, ces limites et ces critiques possibles, il nous semble surtout important de situer la psychopathologie Janétienne dans le champ des préoccupations modernes de la psychiatrie.

1 - Il nous semble impossible de méconnaître son apport à la notion de conscience dans son aspect dynamique et fonctionnel. A cet égard le Janétisme ne peut être négligé pour des théories plus soucieuses du sens ou des instances inconscientes. C'est grâce à Pierre Janet que la notion d'une conscience structurée a pu gagner le langage psychiatrique moderne. L'oeuvre organo-dynamiste de Monsieur Henri Ey prouve la fécondité de cette notion.

2 - Mais il nous parait aussi important de souligner un autre aspect de la psychopathologie de Pierre Janet qui interfère de façon particulièrement pertinente avec les développements récents de la Psychiatrie; les travaux les plus modernes sur la psychopharmacologie et singulièrement la distinction entre les neuroleptiques et les thymoleptiques montrent bien qu'il est indispensable de posséder des modèles énergétiques de l'activité neuropsychique et c'est un pressentiment de cette orientation qui a été mis en lumière dans l'oeuvre de Pierre Janet par le Professeur Jean Delay.

Vu, le Président de Thèse :
Professeur J. DELAY.

Vu, le Doyen de la Faculté :
Professeur L. BINET.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE.

B I B L I O G R A P H I E

I - Oeuvres de Pierre JANET

Une bibliographie complète des oeuvres de Janet, établie par R. Diatkine, se trouve dans l'Evolution Psychiatrique, Année 1950, fascicule III. Nous nous contenterons donc de signaler les principaux ouvrages et articles.

A - VOLUMES

- L'Automatisme Psychologique - Alcan 1889
- Les Névroses et les Idées Fixes - Alcan 1898
- Les Obsessions et la Psychasthénie - Alcan 1903
- Les Névroses - Flammarion 1909
- L'Etat Mental des Hystériques - Alcan 1911
- La Médecine Psychologique - Alcan 1923
- De l'Angoisse à l'Extase - Alcan 1926
- Les Stades de l'Evolution Psychologique - Maloine 1926
- La Pensée intérieure et ses troubles - Maloine 1927
- L'Evolution de la Mémoire et de la Notion de Temps - Maloine 1928
- Les Médications psychologiques - Alcan 1929
- Cours sur l'Evolution de la Personnalité - Maloine 1929
- La Force et la Faiblesse psychologique - Maloine 1930
- Les débuts de l'Intelligence - Flammarion 1935
- L'intelligence avant le langage - Flammarion 1936
- L'Amour et la Haine - Maloine 1937

B - ARTICLES ET COMMUNICATIONS

- Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité pendant le somnambulisme (Revue Philosophique, Déc. 1886).
- L'Anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques (Revue philosophique, Mai 1887)
- Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme (Revue philosophique, Mars 1888).

- La suggestion chez les hystériques. Archives de Neurologie, 1892.
- Histoire d'une idée fixe (Revue philosophique, 1894)
- Les idées fixes de forme hystérique (Presse médicale 1895)
- Résumé historique des études sur le sentiment de la personnalité (Revue Scientifique 25 - 1 - 96)
- Traitement psychologique de l'Hystérie, In. Robin : Traité de Thérapeutique appliquée . Rueff 1898.
- Les oscillations du niveau mental (Revue des Idées 1903)
- Dépersonnalisation et possession chez un psychasthénique (en coll. avec Raymond). Journal de Psychologie - 1904 .
- La perte des sentiments de valeur dans la dépression mentale. (Journal de Psychologie, Nov. Déc. 1908)
- Délire systématique à la suite des sentiments d'incomplétude chez un psychasthénique (Journal de Psychologie normale et pathologique. Mars - Avril 1908)
- La tension psychologique et ses oscillations (Journal de Psychologie - Mai, Juin 1915).
- Rapport sur la Suggestion (Congrès de Psychiatrie de Zürich Nov. 1926)
- Le Sentiment du vide (Journal de Psychologie, Oct. 1927).
- Les sentiments régulateurs de l'action (Bulletin de la Société Française de Philosophie, 1929)
- L'Hallucination dans le délire de la persécution (Revue philosophique 1932 - CIII)
- Les sentiments dans le délire de la persécution (Journal de Psychologie XXIX - 1932)
- Les croyances et les hallucinations (Revue philosophique Mars-Avril 1932)
- Les troubles de la personnalité sociale (Annales médico-psychologiques XV, 1937).
- L'examen de Conscience et les Voix (Scientia, LXIII, 1938)

II - Analyses de l'Oeuvre

- Henri Ey : Etudes Psychiatriques, et en particulier n° 7, Desclée de Brouwer et Cie, Paris, 1952
- Léonard Schwartz : Les Névroses et la Psychologie Dynamique de P. Janet, PUF 1955.
- Henri Ey, article dans "Mélanges" offert à Janet en 1939 (Ed. d'Artrey)
- Evolution Psychiatrique: "Hommage à Pierre Janet", 1960, Fasc. III
- Meyerson : Journal de Psychologie-1947-:Pierre Janet et la théorie des tendances
- Bulletin de Psychologie - Nov. 60: Numéro spécial en hommage à Pierre Janet.

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90